

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE QUELQUES VARIÉTÉS  
DE  
HERNIES RARES  
AU POINT DE VUE DE LEUR SIÈGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN GRANGE

Né le 15 Avril 1871, à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juin 1896







**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE**  
**DE QUELQUES VARIÉTÉS**  
**DE**  
**HERNIES RARES**  
**AU POINT DE VUE DE LEUR SIÈGE**

---

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE**

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

**Et soutenue publiquement le 16 Juin 1896**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**PAR**

**JEAN GRANGE**

**Né le 15 Avril 1871, à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie).**



**LYON**

**ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

**4, RUE GENTIL, 4**

**Juin 1896**

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LÉPINE. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | { MM. LÉPINE.       |
|                                                          | BONDET.             |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | { OLLIER.           |
|                                                          | PONCET.             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | FOCHIER.            |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        | GAYET.              |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON.          |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  | PIERRET.            |
| Physique médicale. . . . .                               | MONOYER.            |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               | HUGOUNENQ           |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 | CAZENEUVE.          |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  | FLORENCE            |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   | LORTET.             |
| Anatomie. . . . .                                        | TESTUT.             |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 | RENAUT.             |
| Physiologie. . . . .                                     | MORAT.              |
| Pathologie interne. . . . .                              | TEISSIER.           |
| Pathologie externe. . . . .                              | AUGAGNEUR.          |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           | MAYET.              |
| Anatomie pathologique. . . . .                           | TRIPPIER            |
| Médecine opératoire. . . . .                             | POLLOSSON (MAURICE) |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .             | ARLOING.            |
| Médecine légale. . . . .                                 | LACASSAGNE.         |
| Hygiène. . . . .                                         | BARD.               |
| Thérapeutique. . . . .                                   | SOULIER.            |
| Pharmacie. . . . .                                       | GROLAS.             |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants . . . . . MM. WEILL, agrégé.  
Accouchements. . . . . POLLOSSON (Aug.) —  
Botanique. . . . . BEAUVISAGE. —

## AGRÉGÉS

|                 |                      |            |                     |
|-----------------|----------------------|------------|---------------------|
| MM. BEAUVISAGE. | MM. POLLOSSON (Aug.) | MM. BOYER. | MM. DOYON.          |
| CONDAMIN.       | ROCHET.              | CURTILLET. | BARRAL.             |
| COURMONT.       | ROLLET.              | VALLAS.    | MOREAU.             |
| DEVIC.          | ROQUE.               | SIRAUD.    | CAUSSE, chargé des  |
| DIDELOT.        | ROUX.                | DURAND.    | fonctions d'agrégé. |
| GANGOLPHE.      | COLLET.              |            |                     |

M. ETIÉVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président ; M. POLLOSSON (M), Assesseur ; MM. VALLAS et SIRAUD Agrég.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## INTRODUCTION

---

Un certain nombre de hernies considérées comme rares, au point de vue de leur siège, ne sont peut-être pas étudiées et connues autant qu'elles le mériteraient. Il en existe même, qui ne sont pas classées et qui sont, soit confondues avec d'autres hernies, soit rangées sous le même nom que celles-ci, malgré les différences de siège, d'étiologie, de caractères spéciaux qui les séparent pourtant.

Il nous a paru utile de rappeler l'attention sur quelques-unes de ces variétés de hernies ; à côté des maladies habituelles que l'on étudie et approfondit tous les jours, il est bon de ne pas oublier les faits un peu plus rares qui ne demandent qu'à être mieux connus.

Nous étudierons successivement : les hernies diaphragmatiques, les hernies lombaires, les hernies abdominales, les hernies dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen, ces hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel,

et enfin certaines anomalies de développement de la paroi abdominale.

Entre ces différentes variétés de hernies, un lien anatomique est difficile à saisir si l'on s'en tient au siège de chacune d'elles. Mais ce qui réunit ces lésions disparates au premier abord, c'est leur rareté et la difficulté clinique qu'elles présentent.

Nous avons rassemblé dans ce travail non pas toutes les observations connues de ces variétés de hernies, mais seulement celles qui nous ont paru le plus capables d'éclairer sur les caractères distinctifs de ces hernies.

Notre travail ne saurait être une étude très approfondie des variétés que nous étudions ; nous aurons atteint le but que nous nous sommes proposé en écrivant ces lignes, si l'attention se trouve attirée davantage sur ces hernies, si les observations que nous avons groupées peuvent être consultées avec fruit, si elles suscitent la publication d'autres observations, à la suite desquelles pourront surgir des travaux plus parfaits sur ces variétés de hernies.

Nous consacrons un chapitre à chaque variété dont nous présentons une étude didactique, suivie des observations qui s'y rapportent.

Arrivé aux termes de nos études, qu'il nous soit permis d'affirmer publiquement la dette de reconnaissance qui nous reste envers les maîtres qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, et nous ont prodigué leur dévouement et leur science.

Nous prions M. le professeur Poncet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. le professeur agrégé Jaboulay, qui nous a donné l'idée première de ce travail, et nous a dirigé dans son exécution, reçoive nos plus vifs remerciements.

En quittant Lyon, nous adressons un dernier adieu aux amis que nous avons le regret de laisser et un merci bien sincère à notre camarade Edmond Lannois, dont nous avons mis à contribution la connaissance approfondie de la langue anglaise.

---



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE QUELQUES VARIÉTÉS  
DE  
**HERNIES RARES**  
AU POINT DE VUE DE LEUR SIÈGE

---

CHAPITRE PREMIER

**Hernies diaphragmatiques.**

La hernie diaphragmatique est constituée par le passage d'un viscère, en totalité ou en partie, de la cavité abdominale dans la cavité thoracique à travers un orifice naturel agrandi, un orifice anormal congénital, ou enfin un orifice traumatique ou accidentel du diaphragme.

Malgré la rareté relative des hernies diaphragmatiques, M. Lacher en 1880 en a rassemblé 276 cas, tant de hernies congénitales que d'acquises, et deux ans après, M. Thomas en rapportait 291 cas : depuis un certain nombre d'autres cas ont été signalés.

Dans ce travail nous n'avons pas voulu rassembler tous les cas rapportés jusqu'à ce jour par les auteurs ; nous avons visé à réunir les observations, les plus intéressantes en même temps que les plus complètes, permettant de comparer entre eux les différents cas, aux différents points de vue sous lesquels on peut les envisager.

Un grand nombre de cas de hernies diaphragmatiques, rapportés par divers auteurs, sont si pauvres de détails qu'on ne saurait les classer avec de véritables observations. Ils peuvent du moins servir à éclairer certains points de statistique. Sur 116 cas de hernies diaphragmatiques congénitales réunis par Monnier<sup>1</sup> nous en trouvons 54 pour le sexe masculin, 34 pour le sexe féminin et 28 où le sexe n'est pas indiqué. Au point de vue de l'âge ces 116 cas se répartissent ainsi :

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Fœtus. . . . .                                  | 13    |
| Enfants morts-nés. . . . .                      | 3     |
| Enfants nouveau-nés . . . . .                   | 51    |
| Enfants âgés de quelques jours à un an. . . . . | 5     |
| Enfants âgés de plus d'un an. . . . .           | 13    |
| Adultes . . . . .                               | 13    |
| Age mûr. . . . .                                | 6     |
| Age avancé . . . . .                            | 9     |
| (dont 6 entre 50 et 80 ans.)                    |       |
| Age non indiqué. . . . .                        | 3     |
|                                                 | <hr/> |
|                                                 | 116   |

Nous avons groupé dans ce travail une cinquantaine d'observations de hernies diaphragmatiques, congénitales spontanées ou traumatiques. Nous en avons forcément laissé de côté, notre but étant de présenter les observations les plus complètes et les plus capables de nous éclairer sur l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes et le traitement de cette variété de hernie.

Les 10 cas de hernies diaphragmatiques congénitales que nous rapportons se classent comme il suit : 4 pour le

<sup>1</sup> Monnier, thèse de Paris, 1889.

sexe féminin, 5 pour le sexe masculin, 1 pour un nouveau-né dont le sexe n'a pas été indiqué. Quant à l'âge nous trouvons :

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Nouveau-né. . . . .      | 1 |
| De 18 à 30 ans. . . . .  | 7 |
| De 40 à 50 ans . . . . . | 2 |

Dans deux des cas (obs. IV et VIII) le diagnostic fut fait pendant la vie. D'après Sears on ne trouverait qu'une demi-douzaine de cas de hernies diaphragmatiques de toute origine diagnostiqués sur le vivant.

Sur nos 10 cas nous en voyons 6 se terminer par des étranglements mortels. Dans deux cas les sujets furent atteints d'affections, un des organes respiratoires, l'autre du cœur, sur lesquelles l'existence d'une hernie diaphragmatique ne fut pas sans influence. Un cas enfin chez un nouveau-né fut incompatible avec la vie.

7 fois le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie bien que dans un cas la laparotomie ait été pratiquée.

1 fois la hernie diaphragmatique fut reconnue en pratiquant cette opération (obs. IX).

La laparotomie a été faite dans 4 cas et toujours suivie de mort (obs. II, IV, VIII et IX).

#### 1. Historique.

Les auteurs anciens ne nous ont laissé aucun travail sur les hernies diaphragmatiques. On trouve bien quelques observations éparses, mais il faut arriver à 1842 pour rencontrer une étude de cette sorte de hernie : La thèse d'Auzelly : *des hernies qui se font à travers le diaphragme.*

En 1855 paraît un travail intéressant de Bowditch. En 1866 Duguet dans sa thèse de doctorat étudie la hernie diaphragmatique congénitale.

Boussac, dans sa thèse, 1882, traite des hernies diaphragmatiques et de leur étranglement.

En 1889 Monnier dans sa thèse de doctorat reprend la question de la hernie diaphragmatique d'origine congénitale.

A côté de ces travaux paraissent quelques articles, tels que celui de Desprès en 1881, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, sur les hernies diaphragmatiques, ou le chapitre de Duplay de 1881 sur le même sujet.

Enfin aux mois de janvier et de février 1896, paraît dans les *Archives générales de Médecine* un intéressant travail de MM. Blum et Ombredanne sur les hernies diaphragmatiques d'origine traumatique. Ces auteurs qui ont réuni une quarantaine d'observations groupent sous ce titre tous les cas où une violence extérieure a précédé de plus ou moins longtemps l'apparition de la hernie.

## **2. Anatomie et Physiologie.**

Le diaphragme est la cloison musculo-aponévrotique qui sépare la cavité thoracique de l'abdomen. De la portion aponévrotique centrale, appelée encore centre phrénique ou trèfle aponévrotique à cause de sa forme en feuille de trèfle, partent les faisceaux musculaires sternaux, costaux et lombaires qui vont chercher insertion sur tout le pourtour de la paroi thoracique. Au niveau de la colonne

vertébrale les faisceaux lombaires forment les deux piliers du diaphragme, entre lesquels sont situés deux orifices importants séparés eux-mêmes par des faisceaux anastomotiques que s'envoient mutuellement les piliers : un orifice supérieur ou œsophagien, entièrement formé par des faisceaux musculaires, et donnant passage à l'œsophage qu'accompagnent les deux pneumogastriques, un orifice inférieur ou aortique traversé par l'aorte, le canal thoracique et la grande veine azygos, ce second orifice en grande partie circonscrit par du tissu fibreux. Sur le centre phrénique à la réunion de la foliole droite avec la foliole moyenne se trouve l'orifice destiné à la veine cave inférieure : cet orifice d'aspect quadrilatère adhère intimement par son pourtour à la tunique externe du vaisseau qui le traverse. Les autres faisceaux postérieurs du diaphragme viennent se jeter sur deux arcades fibreuses : arcade fibreuse du psoas, s'étendant du corps de la deuxième vertèbre lombaire à la base de l'apophyse transverse de la première, et arcade du carré des lombes ou ligament cintré du diaphragme, qui s'étend transversalement des apophyses transverses des deux premières vertèbres lombaires au sommet de la douzième côte.

Signalons encore que les deux faisceaux sternaux sont quelquefois séparés l'un de l'autre par un espace linéaire parfois assez prononcé pour établir une communication directe entre le tissu cellulaire du médiastin et le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Comment se développe le diaphragme ? Des diverses idées émises à ce sujet, celle du développement centrifuge, semble avoir été la plus admise : c'est sur elle que se base l'hypothèse de Cruveilhier d'après laquelle les

arrêts ou les défauts de développement du diaphragme se formeraient de la même façon que les orifices normaux œsophagien ou aortique par la rencontre des faisceaux diaphragmatiques en voie de développement, avec un viscère abdominal anormalement situé.

Le diaphragme est un muscle essentiellement inspirateur. Prenant son point d'appui au niveau du centre phrénique, immobile par suite de son adhérence au péricarde, maintenu lui-même par le ligament suspenseur du cœur, le diaphragme en se contractant dilate le thorax en agrandissant à la fois les trois diamètres de cette cavité. Le diaphragme ne saurait influencer par ses contractions les orifices à pourtour aponévrotique ou fibreux, normaux ou anormaux qui le traversent; on admet au contraire qu'il agit en le rétrécissant sur un orifice tel que l'orifice œsophagien, qui est formé par des plans musculaires.

### 3. **Étiologie.**

Avec M. A. Desprès, nous divisons les hernies diaphragmatiques en deux catégories principales : hernies congénitales et hernies traumatiques, entre lesquelles trouve place une troisième variété, les hernies graduelles.

La hernie diaphragmatique congénitale est celle qui existe au niveau d'un orifice, tenant à un défaut de développement du diaphragme, remontant par suite à la vie embryonnaire.

Pour Cruveilhier, le défaut de développement du diaphragme est la conséquence et non la cause de la hernie, Nous ne pensons pas que cette hypothèse puisse expliquer

tous les cas de hernie diaphragmatique congénitale ; la hernie peut, en effet, se produire d'une façon progressive avant la naissance, et l'orifice herniaire peut être une anomalie de développement due à toute autre cause que la pression des viscères abdominaux.

Les hernies traumatiques sont immédiates ou consécutives à un traumatisme ancien. Elles se font à travers une plaie du diaphragme par un instrument, piquant, coupant ou contondant, ou à travers une fissure, une rupture du diaphragme occasionnée par une chute, un effort, une contusion violente de l'abdomen.

Quant aux hernies diaphragmatiques graduelles, leur étiologie est moins claire ; comme les hernies congénitales, elles ne sont parfois que des découvertes d'autopsie, sur des sujets ayant succombé à une tout autre affection. Souvent aussi elles ne sont reconnues chez des gens qui en sont porteurs depuis plusieurs années, que le jour où des symptômes d'étranglement interne viennent attirer l'attention. Ces hernies se produisent d'une façon progressive après la naissance, au niveau d'un orifice anormal dû à un défaut de développement du diaphragme soit au niveau d'un orifice naturel mais qui s'est laissé distendre sous la pression des viscères abdominaux. La hernie diaphragmatique graduelle peut enfin se faire à travers un point faible, fissure, rupture ancienne du diaphragme, cicatrice de plaie, à la suite d'un traumatisme antérieur, point faible qui se laisse forcer petit à petit, surtout sous l'influence de l'effort.

Les orifices herniaires des hernies diaphragmatiques sont très variables quant à la forme et au siège qu'ils occupent. On trouve depuis le simple trou rond, ovale, ou

en croissant jusqu'aux grandes brèches dues à une absence congénitale partielle, quelquefois complète du diaphragme. Ces orifices siègent, le plus souvent du côté gauche, mais ils peuvent siéger à droite ou au centre, tantôt dans la partie musculaire, tantôt dans la portion aponévrotique du diaphragme ou, comme nous l'avons dit, au niveau des orifices normaux. Il est aisé de comprendre que pour les hernies traumatiques par blessure, le siège de l'orifice herniaire est plus variable encore, bien que certaines parties du diaphragme soient, plus que d'autres, exposées aux blessures et aux hernies consécutives.

Dans les ruptures du diaphragme, c'est, en général, le cote gauche qui est rompu. Cependant nous avons signalé, comme dans nos observations L et LI, des cas de ruptures du côté droit.

#### 4. **Diagnostic.**

Le diagnostic des hernies diaphragmatiques est de la plus haute importance : si elles sont souvent parfaitement compatibles avec la vie et même une bonne santé, combien des fois aussi ne les avons nous pas vues aboutir à ces terribles accidents d'étranglement en face desquels nous sommes presque complètement désarmés ? Connaissant l'existence d'une hernie diaphragmatique, on pourra, par l'observation d'un régime et de certaines règles d'hygiène, prévenir cette terrible complication.

Des auteurs ont pu soupçonner et même diagnostiquer la hernie diaphragmatique. Le diagnostic est donc possible. Ce qu'il faut avant tout, c'est songer à la lésion elle-même et, par un examen méthodique, on arrivera à

s'assurer de son existence. On se basera surtout, pour y parvenir, sur les signes fournis par l'auscultation et la percussion, signes qui établiront la situation des organes thoraciques : poumons et cœur, et qui révéleront la pénétration de viscères abdominaux dans la cavité thoracique.

Ce qui est non moins délicat, et capital cependant, c'est de reconnaître un étranglement herniaire survenant chez un sujet porteur d'une hernie diaphragmatique ignorée ou méconnue.

Voici ce que dit à ce sujet Annequin<sup>1</sup> :

« Il faut examiner avec soin la possibilité d'une hernie diaphragmatique, lorsqu'on constate l'existence d'un étranglement interne à la partie supérieure de l'abdomen. Il y a surtout lieu d'y songer lorsque la dyspnée est précocce et que le type respiratoire est exclusivement costal supérieur. La douleur épigastrique est un symptôme assez constant, on signale la soif vive, le hoquet ; mais il n'y a de réellement probants que les signes objectifs tirés de la percussion et de l'auscultation de la poitrine.

« La relation chronologique, ajoute Annequin, entre un étranglement interne et l'apparition de symptômes thoraciques unilatéraux, est presque pathognomonique. »

La hernie diaphragmatique siégeant le plus souvent à gauche et étant constituée dans le plus grand nombre de cas par le côlon ou l'estomac, on ne devra pas négliger l'auscultation du cæcum.

Certains malades accusent pendant les grands efforts musculaires, des douleurs abdominales qui cessent pen-

<sup>1</sup> Annequin, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, XXI, 1893.

dant le repos, il faut savoir que c'est souvent l'indice d'une hernie adipo-épiploïque qui, si les travaux de force sont continués, pourra aboutir à une hernie intestinale étranglée.

Parmi les symptômes permettant de distinguer une hernie diaphragmatique étranglée dans un étranglement interne abdominal, Karl Abel insiste sur l'existence, dans la première, d'un décubitus latéral, correspondant au côté du hiatus, et de douleurs en ceinture, sur l'indolence et la rétraction en bateau du ventre, la voussure d'un côté du thorax, avec sonorité tympanique, le déplacement du cœur.

La hernie diaphragmatique, pour être reconnue, doit tout d'abord être soupçonnée, puis recherchée méthodiquement ; c'est ainsi que cette hernie, considérée comme plus rare qu'elle ne l'est en réalité, et cela parce que souvent elle est méconnue, sera parfois trouvée chez des gens qui en sont porteurs depuis longtemps peut-être à l'insu de tous. De même, en face de symptômes d'étranglement interne on saura, pour avoir songé à sa possibilité, diagnostiquer de bonne heure une hernie diaphragmatique étranglée et, par une intervention appropriée, arracher son malade à la mort fatale qui, jusqu'ici, presque toujours été la terminaison de ces sortes d'étranglements.

##### 5. — **Traitement.**

Tout sujet porteur d'une hernie diaphragmatique congénitale ou autre, est sans cesse exposé à des accidents mortels, c'est par la stricte observance d'une hygiène ap-

propriée que l'on pourra prévenir une complication grave d'un état compatible avec la vie et même la santé. Le sujet aura pour cela à éviter les exercices violents, les mouvements brusques, la surcharge de l'estomac, on se rappellera qu'il est dans un état d'infériorité notoire et que la moindre maladie intercurrente, peut être pour lui fatale.

Mais en présence d'un étranglement interne que nous reconnaissons pour être sûrement une hernie diaphragmatique étranglée, que devons-nous faire ? Jusqu'ici malheureusement la mort a toujours été la terminaison de ces sortes d'étranglement ; une intervention chirurgicale seule peut sauver la vie du malade, il faut donc intervenir sans hésiter et avant tout de bonne heure. Abel et Neumann ont tenté chacun de leur côté l'opération de la hernie diaphragmatique sans avoir pu la terminer. Galassi et O'Dwyer ont fait aussi chacun la même opération, mais sans avoir diagnostiqué la hernie. Dans le cas observé par Neumann le diagnostic de hernie diaphragmatique ne put encore être établi qu'après l'ouverture de l'abdomen (obs. IX).

Le malade succomba la nuit suivante, l'insuccès paraît dû à ce que l'opération fut faite trop tardivement comme dans le cas de O'Dwyer. Elle n'a d'ailleurs réussi dans aucun des cas publiés. Dans un cas de Schwartz (obs. XXV) la laparotomie pratiquée pour une occlusion intestinale ne permit pas malgré une exploration minutieuse de reconnaître la cause de l'occlusion ce n'est qu'à l'autopsie qu'on trouva une hernie diaphragmatique étranglée du côlon.

Il faut suivre l'avis de Péan faire la laparotomie, l'incision sous-costale est la plus favorable.

La prostration du malade, dit Annequin<sup>1</sup>, doit être la seule contre-indication d'une intervention.

On doit rejeter le procédé de Nussbaun qui consiste à introduire la main dans le rectum pour ramener l'intestin hernié.

Permann<sup>2</sup> trouve qu'une grande hernie diaphragmatique ne peut être réduite par la laparotomie et par l'abaissement des viscères abdominaux incarcérés dans la cavité pleurale. Il propose en conséquence une nouvelle méthode opératoire qui consiste dans une incision en fer à cheval traversant toute la paroi thoracique avec résection temporaire des côtes, de cette façon on pourra, après avoir pénétré dans la cavité pleurale, réduire les viscères, au besoin en vider le contenu, débrider l'orifice de la hernie, réduire celle-ci et recoudre l'orifice. Une opération pareille est, de l'avis de Permann le seul moyen de sauver la vie d'un malade souffrant d'une grande hernie diaphragmatique étranglée. Le danger le plus grand pour la vie, savoir : celui dû à la pression des viscères intestinaux incarcérés sur le cœur et sur les gros vaisseaux de la cavité thoracique, sera éloigné dès l'ouverture de la cavité du thorax. Permann n'a jamais pratiqué cette opération.

Schwartz et Rochard<sup>3</sup>, de leurs expériences sur le cadavre, concluent à l'intervention par la cavité thoracique, dans le cas où la laparotomie aurait permis de constater l'existence d'une hernie diaphragmatique. Il suffirait de

<sup>1</sup> Annequin, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, XXI, 1893, page 33.

<sup>2</sup> Permann E. S., *Arsber fran Sabbats Sjukhus.*, Stockholm, 1889.

<sup>3</sup> Schwartz et Rochard, *Revue de chirurgie*, 1892, n° 9, p. 756.

sectionner ou de réséquer la neuvième côte, d'ouvrir la plèvre et de traiter suivant la méthode ordinaire, la hernie qu'on aurait alors sous les yeux. On pourrait ainsi soigneusement désinfecter l'intestin avant de débrider l'orifice et de réduire dans l'abdomen l'anse herniée.

#### OBSERVATION I

(Guttmann. *Deutsch. med. Woch.*, Berl. p. 209, 1884.)

Une femme de quarante-deux ans, cardiaque, atteinte de rétrécissement mitral avec hypertrophie du cœur, et chez qui le siège des battements cardiaques se trouvait à droite du sternum, succombe.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre gauche l'estomac, le lobe gauche du foie, une partie du côlon transverse et quelques anses intestinales.

L'orifice était recouvert par le péritoine et la plèvre. Le vaste défaut de substance musculaire du diaphragme était probablement congénital.

#### OBSERVATION II

(Galassi et Ferreri, *Sperimentale*, n° 3, 1885.)

Une femme de vingt-huit ans présentait depuis deux jours tous les symptômes d'une obstruction intestinale aiguë. Laparotomie pratiquée le septième jour : On ne trouva pas de trace d'étranglement. Le côlon transverse n'avait pas été examiné. La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on trouva le côlon transverse dans la plèvre gauche et remontant jusqu'à la clavicule. Il y avait des adhérences anciennes, avec l'anneau diaphragmatique.

OBSERVATION III

(Ferraresi, *Bull. acad. med. royale de Rome*, 1886)

Un jeune homme mourut avec tous les signes d'un étranglement interne. On avait remarqué que tout le côté gauche du thorax était mat à la percussion.

A l'autopsie on trouva, dans la plèvre gauche, pleine de liquide sanguinolent, de nombreuses anses intestinales échymotiques. L'angle splénique du côlon et une bonne part du jéjunum étaient dans la cavité pleurale. L'anneau du diaphragme fort épais, situé au niveau de la pointe du cœur avait un peu plus d'1 pouce de diamètre, l'épiploon hernié en partie adhérait en arrière à l'anneau, la réduction des viscères était très difficile.

OBSERVATION IV

(Neumann, *Jahresbericht Wirchow*, 1889.)

Homme, dix-neuf ans, fut pris de vomissements et de douleur au niveau du cardia, sonorité tympanique au niveau du poumon gauche respiration affaiblie, cœur déplacé à droite. On diagnostiqua hernie diaphragmatique étranglée. Laparotomie le quatrième jour. Le grand épiploon et la plus grande partie de l'estomac étaient engagés dans le diaphragme, recouverts d'un sac épiploïque. On débrida l'anneau en plusieurs points, on l'agrandit, sans pouvoir réduire la hernie. Mort le même soir.

A l'autopsie on put réduire facilement l'intestin. La pression atmosphérique d'une part, la pression négative dans la cavité pleurale d'autre part ont été cause de cette irréductibilité pendant l'opération. L'auteur regrette de ne pas avoir fait une ouverture à la cavité pleurale entre deux côtes supérieures.

OBSERVATION V

(Turner, *The Lancet*, 14 juin, 1890.)

Jeune homme, dix-neuf ans, mort de pneumonie septique. A l'autopsie on trouve, du côté gauche de la poitrine, tout le côlon, l'intestin grêle et la rate quadruplés de volume. Le poumon gauche était très réduit, aplati, appliqué contre la colonne vertébrale. La rate était à demi engagée dans un orifice mousse arrondi d'1 pouce  $\frac{1}{4}$  de diamètre, situé dans le côté gauche du diaphragme, elle était irréductible, l'intestin grêle couvrait la rate de ses replis et était lui-même caché par le gros intestin. Le côlon et une partie du duodénum étaient engagés dans l'abdomen; l'estomac énormément distendu occupait presque toute la cavité. Le pylore descendait dans le bassin jusque derrière la vessie, et le duodénum allait du pylore à l'anneau. Le côlon sortant de l'anneau allait directement vers le rectum.

Telle était la disposition d'une hernie diaphragmatique évidemment congénitale.

OBSERVATION VI

(Reinhardt, *Deutsch. med. Woch*, 1891.)

Fille publique, vingt-sept ans, fut prise brusquement une nuit de violentes coliques et mourut peu après. A l'autopsie on ne trouve aucune trace de traumatisme. L'intestin grêle, l'épiploon, le côlon transverse et la plus grande partie de l'estomac étaient logés dans la plèvre gauche. Le poumon était petit, sec et atelectasié. Pas de sac herniaire. Cette hernie « doit être d'origine congénitale ».

OBSERVATION VII

(Dr Hale, *The Lancet*, 1893.)

Homme, quarante-neuf ans, se plaignait de pyrosis avec vomissements intermittents. On ne constate pas d'affection organique, constipation absolue, douleur à l'épigastre.

Lavages d'estomac donnèrent un soulagement temporaire. Mort par épuisement.

A l'autopsie on trouve l'estomac et une partie du côlon logés dans le côté gauche du thorax ; une ouverture mousse du diaphragme, de la grandeur d'un poing fermé, leur donnait passage. Le cœur était élevé mais non déplacé latéralement.

OBSERVATION VIII

(Karl Abel, *Berlin. Klin. Woch.*, n° 4, page 84 et n° 5, page 29, 22 et 29 janvier 1894.)

Hernie diaphragmatique congénitale chez une femme de vingt-trois ans et ayant donné lieu à plusieurs phénomènes d'étranglement mortels. — Diagnostic fait pendant la vie, opération tentée ; malheureusement, la malade succomba trois heures et demie après.

OBSERVATION IX

(Neumann, Association libre des chirurgiens de Berlin, 1894.)

Homme, vingt-neuf ans, pris subitement de vives douleurs dans le ventre, avec arrêt complet des matières et des gaz pendant quelques jours ; vomissements bilieux, puis stercoraux. Laparotomie : on trouve une hernie diaphragmatique, on débride, on réduit le côlon transverse et un demi-mètre d'intestin distendu, avec l'épiploon. L'orifice était de la dimension d'1 marck. Il s'agissait là d'une hernie pseudo-congénitale.

OBSERVATION X

(G. Sears, *Boston medical and surgical journal*, page 107, 31 janvier 1895.)

Un enfant, venu à terme et bien conformé, poussa, aussitôt après sa naissance, deux ou trois cris courts et perçants, après lesquels, malgré tous ses efforts, il lui fut impossible de produire un son. Respiration de plus en plus courte, cyanose, mort une heure après. A l'autopsie, on trouva la plus grande partie de l'intestin grêle, avec l'estomac et la rate, dans la cavité thoracique. Ces viscères

avaient pénétré par une ouverture occupant la plus grande partie de la moitié gauche du diaphragme. Le poumon gauche se réduisait au lobe supérieur, le droit était normal, mais refoulé en haut par le cœur.

OBSERVATION XI

(Borsuk, *Centralblatt. f. Chirurg.*, p. 764, 1893.)

Hernie traumatique immédiate, de la grosseur du poing, à travers une plaie du diaphragme de 4 à 5 centimètres, produite par un coup de couteau porté dans le côté gauche, au niveau des 8<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> côtes, plaie de l'estomac, laparotomie, suture, mort.

OBSERVATION XII

(Cuervo y Serrano, *Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 23.)

Nègre des plantations, atteint d'une plaie pénétrante dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal gauche, vomissements incoercibles. Mort cinq jours après. A l'autopsie, on trouve, dans la cavité thoracique, l'estomac, une partie du colon transverse et descendant et le lobe gauche du foie, qui avaient passé à travers une large ouverture du diaphragme.

OBSERVATION XIII

(Horoch...)

Un homme reçut un coup de couteau au-dessous de l'omoplate et mourut deux jours après. Autopsie : Poumon gauche et diaphragme perforés. A travers l'ouverture du diaphragme, une portion de l'estomac, également perforé, avait pénétré dans la cavité pleurale.

OBSERVATION XIV

(Permann et Wallis, *Centr. f. Chirurg.*, page 102, 1890.)

Homme, trente-six ans, blessé par la chute d'un fort poids, meurt le lendemain. Autopsie. Côté gauche du thorax aux trois quarts rempli par l'estomac, le colon transverse, l'épiploon, qui ont tra-

versé le diaphragme par une déchirure de 4 centimètres, située à gauche de l'ouverture œsophagienne.

OBSERVATION XV

(Gleeson, *Boston Med. on Surg. Journ.*, novembre 1884.)

Ouvrier jeté hors de sa voiture et traîné assez longtemps. Dyspnée, constipation absolue. Mort deux jours après. Autopsie : déchirure de la moitié gauche du diaphragme ; dans la cavité pleurale, on trouve le jéjunum tout entier, une partie de l'épiploon et une anse du côlon ; plusieurs côtes ainsi que le sternum fracturés.

OBSERVATION XVI

(Barbieri et Levi, *Gaz. degli Ospitali*, 1891.)

Homme, trente-deux ans, tombe d'une hauteur de 12 mètres. Dyspnée, pouls irrégulier, pas de troubles intestinaux, mort le troisième jour. Autopsie : le diaphragme présente une ouverture de 7 centimètres de large sur 4 centimètres de long, par laquelle l'estomac est presque entièrement engagé.

OBSERVATION XVII

(Parzewski et Smirnow, *Centralblatt f. Chirurg*, 1892.)

Employé de chemin de fer, pris entre deux wagons. Douleurs violentes à gauche, dyspnée, fractures de côtes, mort huit jours après. Diaphragme du côté gauche est trouvé à l'autopsie complètement séparé de ses attaches costales. Estomac, épiploon, côlon transverse, rate et quelques rares anses d'intestin grêle avaient refoulé le poumon jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte.

OBSERVATION XVIII

(Lacher, *Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, XXVII, 1882.)

Homme, quarante quatre ans, meurt à la suite de coups de

couteau reçus. Autopsie : on trouve 8 centimètres de côlon et 5 d'épiploon, qui avaient passé par une ouverture du diaphragme de 2 centimètres et demi.

OBSERVATION XIX

(Dietz, thèse de doctorat, Strasbourg, 1882.)

Caporal de turcos reçut, le 6 août 1870, un coup de baïonnette dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal gauche. Mort dix-sept jours après. Autopsie. La moitié gauche du diaphragme manque. La moitié inférieure gauche de la cavité thoracique est occupée par l'estomac, l'épiploon, une partie du côlon transverse et descendant.

OBSERVATION XX

(In *Mémoire de Franceschi*, 1885.)

Un malade reçut au niveau de l'épigastre trois coups de couteau portés de bas en haut. Troubles digestifs. On diagnostique, hernie diaphragmatique. Mort. Autopsie. On trouva vers le milieu du diaphragme, un orifice par lequel presque tout le duodénum avait passé dans la cavité pleurale et s'y était sphacélé.

OBSERVATION XXI

(*The Lancet*, 1881, t. I).

Un homme fut écrasé par une voiture et deux mois après succomba à une péritonite. Autopsie : Entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie était un abcès cloisonné dans lequel furent trouvés deux fragments de poumon.

Beale conclut qu'à la suite de la déchirure du diaphragme une portion avait pénétré dans la cavité abdominale et s'était étranglée.

OBSERVATION XXII

(Giese, *Société médicale*, Berlin, 1893.)

Terrassier enseveli par un éboulement dans une carrière de sable.

Nombreuses blessures et fractures, mort. A l'autopsie, le diaphragme présentait un orifice grand comme le poing, par où s'engageait l'estomac.

OBSERVATION XXIII

(Monteggia, In *Mémoire Frانسceschi*, 1885.)

Homme écrasé par une roue de voiture. Diaphragme largement déchiré, estomac, côlon transverse et presque tout l'épiploon étaient dans la plèvre gauche.

OBSERVATION XXIV

*Hernie par rupture du diaphragme* (Kaufmann, *Deustch. Med. Wochen.*, n° 28, 1888).

Un maçon tombe d'un premier étage, le côté gauche porte sur l'angle d'une poutre : fracture des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côtes, douleur vive, dyspnée, zones de matité et de sonorité font songer à un hémithorax. Mort le deuxième jour. Autopsie : diaphragme présente à gauche une déchirure transversale de 11 centimètres, par cet orifice s'engagent l'estomac tout entier, sauf portion pylorique, le grand épiploon et une partie de la rate. Le cardia est en place, mais une coudure à ce niveau empêche les aliments de pénétrer.

OBSERVATION XXV

(Schwartz et Rochard, *Revue de Chirurgie*, n° 9, page 756, 1892.)

Chez un homme de trente-trois ans qui présentait depuis seize jours des accidents d'occlusion intestinale, la laparotomie ne permit pas à Schwartz, malgré une exploration minutieuse, de reconnaître la cause de l'occlusion, le côlon ascendant étant très distendu, Schwartz fit un anus contre nature sur le cæcum.

Le malade étant mort le lendemain, c'est à l'autopsie seulement qu'on put constater l'étranglement d'une anse formée par l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant à travers une boutonnière musculaire siégeant sur la partie musculaire du diaphragme.

OBSERVATION XXVI

*Hérnie diaphragmatique consécutive à une rupture du diaphragme* (Thiriar, *Presse médicale belge*, n° 36).

A l'autopsie d'un homme de trente-neuf ans, mort de *delirium tremens*, on trouve une hernie diaphragmatique. Cet homme avait fait six mois avant une chute grave dans laquelle il s'était brisé les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes gauches. Il avait pu reprendre son travail, mais depuis ce temps se plaignait d'une douleur profonde dans le côté gauche du thorax. L'autopsie montre dans la moitié gauche du diaphragme une fente de 12 centimètres de long dont le bord était dur et caeux. A travers cet orifice avaient pénétré 3<sup>m</sup>50 d'intestin grêle, 45 centimètres de gros intestin et tout l'estomac, ils occupaient la cavité pleurale gauche et avaient refoulé le poumon en arrière et en haut.

OBSERVATION XXVII

*Hernie diaph. consécutive à rupture du diaphragme*  
(Foucras, *Recueil de méd. vétérinaire*, t. VIII, 1881.)

Un malade ayant éprouvé dix ans auparavant une violente compression de la poitrine, par chute d'un arbre, revient à l'hôpital avec de la matité à la base gauche, bruit de glouglou à la succussion, troubles digestifs, vomissements.

Il meurt subitement le mois suivant.

*Autopsie.*— Côté gauche, le diaphragme semble manquer. Dans le thorax, on trouve le côlon transverse, la rate, de l'épiploon, l'estomac, sauf le pylore, le poumon est refoulé. La mort subite était due à une hémorragie intestinale causée par un ulcère du duodénum.

OBSERVATION XXVII (bis).

*Hernie diaphragmatique du pylore consécutive à une blessure du diaphragme* (*Centralblatt. f. Chirurgie*, p. 826, 1893.)

Un militaire ayant reçu un coup de couteau peut continuer son

service sans inconvénient pendant plusieurs mois. Puis surviennent des accidents d'obstruction intestinale qui amènent la mort au neuvième jour.

Dans la hernie se trouvait la portion pylorique de l'estomac en forme de clepsydre et 32 centimètres du gros intestin.

#### OBSERVATION XXVIII

*Hernie diaphragm. consécutive à perforation du diaphragme par une balle* (Robert, *Société anatom.*, 1880.)

Homme, de vingt-quatre ans, reçoit un coup de revolver dans la poitrine ; la balle de 7 millimètres a pénétré dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal gauche, production d'un hémithorax qui guérit.

Un an après, sans cause connue, signes d'obstruction intestinale. Mort. Le diaphragme présente un orifice moussu et lisse, qui donne passage à l'estomac, au côlon transverse et à une partie de grand épiploon. Ces viscères sont contenus dans une poche, sorte de sac adhérent à la face supérieure du diaphragme et distinct au niveau du poumon et du péricarde.

Dans l'abdomen, on voit une partie de l'estomac grosse comme un œuf de poule, qui n'a pas passé dans le thorax. La rate est située en arrière de l'anneau, elle loge la balle de revolver sous sa capsule. L'angle gauche du côlon engagé, avec la hernie, semblait avoir tiré sur le côlon descendant dont le méso présentait des plis obliques, en haut et en avant.

#### OBSERVATION XXIX

*Hernie diaphragmatique étranglée consécutive à une perforation du diaphragme* (Boussi, in *th. Delahousse*, 1885).

Un homme de vingt-quatre ans meurt avec des signes d'étranglement interne ; cinq ans avant, il avait reçu un coup de couteau au 3<sup>e</sup> espace intercostal, un autre dans l'abdomen. Depuis il avait toujours ressenti des douleurs dans le côté gauche, plus ou moins intenses, jusqu'au moment où brusquement, une après-midi, apparurent les signes d'étranglement.

*Autopsie.* — Dans la plèvre gauche, on trouve une tumeur du volume d'un cœur d'adulte, adhérent intimement au diaphragme ; elle est enveloppée d'un feuillet épiploïque qui lui sert de sac ; à sa base on voit deux orifices par où s'écoulent les matières intestinales ; après dissection, on tombe sur un conduit demi-circulaire allant d'un orifice à l'autre, c'est l'angle gauche du côlon transverse dont les parois sont épaissies et couvertes de fausses membranes et dont les deux extrémités adhèrent à l'anneau. Le poumon gauche est refoulé et adhère à la plèvre.

OBSERVATION XXX (Résumée).

*Hernie diaphragmatique diagnostiquée pendant la vie, confirmée à l'autopsie* (Brancacio, *Morgagni Napoli*, p. 508-510, 1883).

Homme, cinquante et un ans, reçut, il y a trois ans, trois coups de couteau, dont un dans l'hypocondre gauche. Il était guéri depuis trois mois lorsqu'il fit une chute de 2 mètres. Depuis, douleurs au creux de l'estomac que venaient calmer les vomissements. Le malade dépérissait, il entre à l'hôpital.

La base gauche du thorax est élargie, les vibrations sont exagérées, la percussion dénote du tympanisme depuis la base jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte. Rien d'anormal à droite, sinon que la respiration est supplémentaire.

En présence de tels signes, on porte le diagnostic de hernie diaphragmatique. Le malade meurt à l'hôpital, trois ans après, d'une attaque d'apoplexie.

A l'autopsie, on trouve dans la plèvre gauche l'estomac dilaté et le tiers du duodénum. Un orifice de 5 centimètres  $1/2$ , au centre aponévrotique du diaphragme, livrait passage aux viscères qui s'élevaient jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte. Ces viscères étaient adhérents au pourtour de l'orifice. L'estomac adhérait par plusieurs points avec la plèvre diaphragmatique. On doit noter que cet homme avait reçu, dix-sept ans avant, dans une rixe, treize coups de couteau dont il avait bien guéri.

OBSERVATION XXXI

*H. Diaphrag. consécutives à perforation du diaphragme*  
(Scalzi, *Jahresbericht Virchow*, t. II, 1881).

Portefaix, trente-cinq ans, avait eu en 1870 une plaie pénétrante au niveau des 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> côtes gauches. A ce niveau apparaît une hernie du volume de deux poings. Comme elle était irréductible, on agrandit par en haut la plaie qui avait 5 centimètres de long sur 2 de large et l'intestin qui était dans le thorax reentra dans l'abdomen. On sutura l'orifice et modéra les mouvements respiratoires par un bandage et une position appropriée. Le malade guérit, mais la hernie se reproduisit entre la 8<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> côtes d'abord de la grosseur d'un œuf de poule, elle formait en 1878 une tumeur oblongue de 10 centimètres de long sur 8 de large et 4 centimètres de saillie à ce niveau. Elle ne causa aucune fatigue au malade.

OBSERVATION XXXII

*Hernie diaphragmatique consécutive à une rupture du diaphragme* (Jacobsen et Mitchell, *The Lancet*, 1890).

Un individu avait depuis quelques heures de la dyspnée lorsqu'il fut pris d'accidents de péritonite et mourut.

*Autopsie.* — Hernie diaphragmatique gauche. On peut par l'anneau réduire l'estomac et l'épiploon herniés. Perforation de l'estomac causée par un ulcère et abcès abdominal consécutif dans la plèvre. Cet homme employé de chemin de fer avait été antérieurement serré entre deux tampons. Il avait ici la sensation d'une déchirure et était resté trois ou quatre mois au lit très constipé. Depuis fréquentes indigestions et dyspepsie chronique.

OBSERVATION XXXIII

(Legry, *Bull. Soc. anat.*, avril 1895.)

Femme, trente-sept ans, enceinte de huit mois, entre à la Maternité. Avait été prise la veille de vomissements alimentaires et

n'était pas allée à la selle depuis plusieurs jours. Douleur vive dans l'hypocondre gauche. Entra bientôt en travail et accoucha d'un enfant vivant, mais le poulx devint filiforme, l'état général s'aggrava et la mort survint dans le collapsus.

*Autopsie.* — Intestin grêle distendu ainsi que le cæcum et le côlon ascendant et transverse. Dans la plèvre 408 grammes de liquide séro-sanguinolent : le poumon est refoulé ; en arrière et en dehors on trouve une tumeur grosse comme deux oranges, formée par l'épiploon turgescent hernié et par une anse du côlon. L'anneau de la hernie est l'orifice œsophagien très agrandi. L'épiploon et l'intestin ont passé en arrière et à gauche de l'œsophage ; on ne peut réduire l'intestin, même par des tractions prolongées.

OBSERVATION XXXIV

(Hyelt, In *Iarhesbericht Wirchow*, 1882.)

Marin, vingt-un ans, tomba en mars 1881 d'une hauteur de 50 pieds. Resta cinq jours sans connaissance à l'hôpital où il demeura sept mois pour une fracture du maxillaire inférieur. Depuis se portait bien quand, dans un effort pour enlever quelqu'un, il sentit une vive douleur à l'ombilic. Put rentrer chez lui à 1 kilomètre, mais présenta bientôt tous les signes de l'étranglement herniaire. A l'autopsie on trouva une hernie diaphragmatique étranglée. L'orifice pouvait être regardé comme l'élargissement de l'anneau œsophagien : il avait la forme d'une demi-lune ; son diamètre était de 7 centimètres. Dans la cavité pleurale gauche sous le poumon, se trouvaient l'estomac, le duodénum, une partie de l'iléon, le grand épiploon, le mésentère et 40 centimètres du côlon.

OBSERVATION XXXV

(Czernicki, *Arc. méd. Milit.* 1894.)

Un homme fut pris subitement de douleurs abdominales avec vomissements, fréquence du poulx. Le cœur était dévié à droite, dans la plèvre gauche on percevait des bruits anormaux avec des zones mates et sonores alternantes.

Le malade mourut subitement. A l'autopsie on trouva dans la plèvre gauche l'estomac refoulant le poumon très haut, l'épiploon et la rate sont aussi herniés. Le diaphragme présente en arrière et à gauche à quatre travers de doigt de l'œsophage une déchirure de 12 centimètres de long sur 6 de large. L'estomac présente une perforation au niveau d'une zone de ramollissement inflammatoire siégeant sur la grande courbure.

Or dix-sept jours auparavant le malade avait ressenti pendant quelques heures dans l'estomac des douleurs atroces qu'il attribuait à un accident survenu au gymnase. Huit jours après les mêmes accidents reparurent pour disparaître de même, enfin une semaine après, troisième crise douloureuse au cours de laquelle il mourut. Il avait donc eu pendant quinze à vingt jours, un segment de l'estomac étranglé dans l'orifice diaphragmatique. Outre l'accident de gymnase, le malade avait la veille lutté à main plate avec un athlète de foire. Le mécanisme de la rupture s'expliquerait ainsi par l'étreinte de l'abdomen et l'effort.

#### OBSERVATION XXXVI

*H. diaphragm. consécutive à une rupture du diaphragme.*  
(Wedd, *Philadelph. med. and. surg. Report*, p. 647, décembre 1883).

Homme, quarante ans, sujet à constipation intermittente, ressentant de vives douleurs dans le bas ventre et dans l'aîne gauche qui irradiaient dans le côté gauche de la poitrine et de la tête.

Bien que des lavements forcés eussent amené des matières, les forces diminuèrent et il mourut le onzième jour. A l'autopsie on trouva dans le côté gauche du thorax, baignant dans le pus 12 pouces de côlon transverse et descendant et une petite portion du grand cul-de-sac de l'estomac qui pénétraient au travers une déchirure du diaphragme et qui était adhérente aux lèvres de l'orifice. L'abcès communiquait avec la lumière de l'intestin.

OBSERVATION XXXVII

(Franceschi, In *Mémoire*, 1885.)

Un paysan reçut une balle de fusil entre la 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côte vers le bord inférieur de l'omoplate ; il guérit : mais huit ans après, il fut pris d'accidents d'obstruction intestinale et mourut. On trouva à l'autopsie, en arrière du diaphragme, un orifice par où le côlon transverse et l'épiploon s'étaient engagés dans la moitié gauche du thorax, le côlon était ulcéré et gangréné.

OBSERVATION XXXVIII

(Dietz, th. Doctorat, Strasbourg, 1881.)

Un jardinier de soixante ans meurt d'un cancer du foie. A l'autopsie on trouva dans la plèvre gauche, l'estomac, 35 centimètres de gros intestin, la moitié de la rate et une partie du foie cancéreux. L'orifice du diaphragme situé dans le foliole gauche mesurait 7 centimètres sur 3. Dans l'histoire de ce malade on trouva une chute d'un arbre survenue quatorze ans avant, qui ne l'obligea pas à s'arrêter de travailler. Depuis il avait été écrasé sous le poids d'une vache tombée sur lui.

OBSERVATION XXXIX

(A. Blum, *Arc. génér. de méd.*, p. 8, janvier 1896.)

X... vint huit ans, pêcheur à l'épervier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 22 juin 1895. Il avait des nausées depuis quatre à cinq jours lorsque le 20 juin, dans un effort de vomissement, il ressentit une douleur très vive dans le ventre. Depuis ce moment se sont manifesté tous les signes d'un étranglement herniaire.

On pratiqua immédiatement la laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac, la région du pylore, l'intestin sont explorés sans que l'on trouve autre chose que quelques brides épiploïques rompues au niveau du pylore. Le ventre est refermé.

Les signes d'obstruction persistent et le malade succombe le 25.

*Autopsie.* — L'intestin est presque caché dans la fosse iliaque gauche. C'est en le dévidant qu'on le voit s'engager dans une boutonnière diaphragmatique représentant l'anneau de la hernie. Cet anneau est situé au niveau du foliole gauche du diaphragme, il est petit et admettrait à peine le pouce. La hernie est volumineuse, la longueur d'intestin hernié est de 1<sup>m</sup> 40, l'intestin logé en dehors du poumon dans la cavité pleurale remonte jusqu'au 4<sup>e</sup> espace intercostal.

Il n'y a pas de sac. Avec l'intestin a fait issue un peu d'épiploon. C'est la portion initiale du jéjunum qui est engagée.

L'absence d'empreinte sur le poumon gauche, l'âge du malade, son excellent état de santé antérieur auraient suffi à démontrer l'origine non congénitale d'une hernie aussi volumineuse. Les renseignements recueillis en montrèrent l'origine traumatique.

Le malade avait reçu huit ans avant, dans une rixe, plusieurs coups de couteau dont un au niveau de l'hypocondre gauche. Il guérit rapidement, mais son métier de pêcheur à l'épervier exigeait de violents efforts; depuis quelque temps il avait des nausées. Le 20 juin pensant se soulager, il veut se faire vomir en introduisant ses doigts dans la gorge. Au premier effort de vomissement, il ressentit dans la région de l'estomac une douleur tellement vive qu'il crut avoir quelque chose d'arraché, racontait-il. Il eut beaucoup de peine à se relever et bientôt apparurent les signes d'obstruction qui le firent entrer à l'hôpital.

#### OBSERVATION XLI

(Hollis, *The Lancet*, p. 1095, 1891.)

Jeune homme, seize ans, meurt avec signes d'obstruction aiguë. A l'autopsie on trouve tout l'intestin grêle, la fin du duodénum, le côlon ascendant et transverse passant dans la cavité thoracique par un orifice situé entre le pilier gauche et le ligament arqué du diaphragme.

OBSERVATION XLII

(Sick, *Berlin klin. Wochenschrift*. 1886.)

Ouvrier, vingt-six, ans meurt noyé. A l'autopsie on découvre une hernie diaphragmatique, se faisant par la portion lombaire du diaphragme. (Orifice de Bochdalek.) Les adhérences du poumon, la grosseur du rein démontrent que la hernie n'était pas congénitale, mais bien traumatique et qu'elle remontait à plusieurs années.

OBSERVATION XLIII

*Classification des hernies diaphragmatiques. Bulletin de la Société médicale de Bologne, sept. et oct. 1886. Yerardini in Franceschi, 1885.)*

Un homme fut atteint d'une plaie pénétrante au niveau de la dernière fausse côte. Il était guéri et se portait bien depuis dix-neuf ans quand il fut pris subitement de signes d'obstruction. Mort sept jours après. L'autopsie montra l'existence d'un orifice au centre du diaphragme, le côlon transverse et le jéjunum passés dans la plèvre et étranglés.

OBSERVATION XLIV

(Zannini Paolo, in *Franceschi*, 1881.)

Homme, soixante-huit ans, reçut un coup de poignard dans la partie inférieure de la poitrine, et guérit. Vingt-deux ans après, il fut pris subitement d'une vive douleur dans la poitrine, sous le sein gauche, vomissements, dyspnée, mort en dix heures. On trouve dans le centre de la moitié gauche du diaphragme un trou ovale à bords lisses par lequel étaient passés dans le côté gauche du thorax une portion du côlon transverse et la majeure partie du grand épiploon.

OBSERVATION XLV

(Lallement, Association française, Congrès de Nancy, 1886.)

Homme, quarante-sept ans, tombe le côté droit sur une barre de fer, douleur vive, hématurie, amélioration rapide, le malade se lève le dixième jour il est pris d'hématurie et des signes d'hémorragie interne et meurt.

A l'autopsie on trouve dans la plèvre gauche, l'estomac engagé par sa grande courbure, la portion gauche du côlon transverse ainsi que le grand épiploon. L'orifice du diaphragme, d'aspect fibreux et épaissi, était ovale et avait 7 centimètres sur son grand axe ; il siégeait dans le foliole gauche et touchait au foliole médian, et était distant de 2 centimètres de l'anneau œsophagien.

On trouve en outre une rupture du rein droit atteint de dégénérescence scléreuse avec traces de péritonite ancienne à ce niveau, lésions dues à ce que trois ans auparavant le malade avait eu le flanc droit serré entre deux tampons de wagon, accident dont il avait guéri en cinq semaines. Il n'avait eu depuis que quelques douleurs dans le flanc gauche.

OBSERVATION XLVI

(Chevreau, *Rec. méd. et de pharm. milit.*)

Soldat, vingt-neuf ans, dansait lorsqu'il fut prit subitement de coliques avec symptômes d'étranglement interne. Mort deux jours après. Depuis cinq ans cet homme avait des crises douloureuses dans le côté gauche, quelques années avant, étant dragon, il avait reçu un coup de lance entre la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> côtes à gauche. A l'autopsie, on trouve dans la plèvre 15 pouces de côlon de l'épiploon adhérent intimement à l'anneau. Dans le diaphragme existe un trou de 7 à 8 lignes, arrondi à bords épais, offrant l'aspect d'une ouverture naturelle.

OBSERVATION XLVII

(Cayla, *Bull. Soc. anat.* 28 novembre 1884 )

En soulevant une pièce de fonte un homme ressent une vive douleur et présente des signes d'obstruction intestinale.

Mort. *Autopsie*, hernie diaphragmatique sans sac, l'estomac et l'épiploon s'engagent par un orifice de la dimension d'une pièce de 5 francs, pas de continuité entre les séreuses pleurale et péritonéale sur les bords de l'anneau. Donc pas hernie congénitale. Six mois avant ce malade avait eu des crises de vomissements attribuées alors à des coliques saturnines. Peut être était-ce déjà des signes de sa hernie ignorée.

OBSERVATION XLVIII

(Annequin, *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, t. XXI p. 33, 1893.)

X... soldat, chasseur à pied, entre à l'hôpital le 4 mars 1892 avec des symptômes d'étranglement interne et état général très grave ne permettant pas de tenter une laparotomie avec chance de succès. Mort trente-six heures après. A l'autopsie on trouve une hernie diaphragmatique étranglée comprenant l'épiploon et l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant.

Le sujet éprouvait depuis deux ans, pendant les efforts musculaires violents, des coliques passagères mais assez vives, au niveau de la région épigastrique. Trois jours avant son entrée à l'hôpital X... avait éprouvé en sautant la piste une douleur plus violente que d'habitude et un début de syncope qui le firent admettre d'urgence à l'infirmerie. La hernie constatée à l'autopsie était du volume du poing, et s'était faite à travers une boutonnière musculaire du diaphragme de 2 cm. 1/2 de longueur, située en dehors du foliole gauche du centre phrénique, à 5 centimètres de la partie moyenne du rein.

L'épiploon hernié présentait un noyau fortement induré de la

grosseur d'une noix, qui adhérait fortement à un côté de la boutonnière diaphragmatique.

Tout porte à croire que les douleurs ressenties depuis deux ans par X... provenaient d'une hernie épiploo-graisseuse formée par la petite masse indurée trouvée adhérente à l'anneau. Sous l'influence de travaux de force l'éraillure du diaphragme dut s'agrandir jusqu'au jour où un effort violent a amené la hernie d'une grosse masse d'épiploon et d'une anse du côlon.

#### OBSERVATION XLIX

(A. Neumann, *Deut. med. Wochenschr.*, 16 août 1894.)

Homme vingt-neuf ans, marchand de vin, est pris de douleurs péri-ombilicales et présente bientôt tous les symptômes d'obstruction intestinale aiguë : ventre ballonné et douloureux, vomissements fécaloïdes, absence de selles et de gaz depuis six jours. L'examen du malade montre que la base des deux poumons était située plus haut qu'à l'état normal. Laparotomie : On fut frappé de l'absence du côlon transverse et de l'épiploon. On inspecta systématiquement l'intestin grêle qui fut trouvé libre. On constata que le côlon descendant s'engageait, au niveau du coude qu'il forme avec le côlon transverse, dans un orifice du diaphragme, orifice des dimensions d'une pièce de 2 francs. D'un autre côté, le même orifice livrait passage à un segment du côlon transverse, accompagné d'épiploon. L'intestin n'adhérait qu'à la moitié droite du pourtour de l'orifice. Après un débridement de 3 centimètres de l'anneau, on put dégager les 50 centimètres d'intestins herniés. Tamponnement de l'orifice à la gaze iodoformée, suture de la plaie abdominale. L'opération, sous anesthésie à l'éther avait duré une heure et demie. Le malade, qui sembla s'être rétabli après l'opération, succomba dans la soirée. *Autopsie* : l'orifice diaphragmatique se trouvait, sur la place de la ligne axillaire moyenne, à hauteur de la 6<sup>e</sup> côte, à 4 centimètres des insertions du diaphragme. Neumann suppose qu'il était d'origine congénitale, et que c'est sous l'influence des vomissements auxquels était sujet le malade, que l'intestin s'est engagé pour s'étrangler ensuite.

OBSERVATION L

*Hernie diaphragmatique droite traumatique,*  
observée par Murchison. (Citée par Hollis, in *The Lancet*, 1891.)

Homme, cinquante-cinq ans, mort de pneumonie, présente sur le côté droit du diaphragme un orifice de 6 pouces de diamètre, par lequel presque tout le lobe droit du foie et la vésicule étaient engagés dans la plèvre droite. Bords de l'anneau bien limités. La présence de profondes cicatrices dans le foie a fait penser au Dr Murchison que la hernie était due à une vieille rupture à ce niveau.

OBSERVATION LI

*Hernie droite du poumon au niveau d'une déchirure du diaphragme, consécutive à un traumatisme.* (Beale, *the Lancet*, 1892.)

Un homme écrasé sous une voiture mourut deux mois après le traumatisme. Il avait souffert dans le côté droit depuis cette époque. A l'autopsie, on trouva entre la face supérieure du foie et le diaphragme un abcès cloisonné, dans lequel étaient deux fragments d'un tissu qui fut reconnu pour être du parenchyme pulmonaire.

L'auteur conclut qu'à la suite de la déchirure du diaphragme, une partie du poumon s'est herniée dans la cavité abdominale, et que cette portion amincie, puis étranglée, s'est gangrenée. Les deux fragments sont devenus libres, et la déchirure du diaphragme s'est fermée.

## CHAPITRE II

### **Hernie lombaire**

On doit ranger sous ce titre toute hernie se produisant en un point quelconque de la région lombaire. Quelques auteurs ont assigné à cette région envisagée comme siège des hernies des limites très nettes mais purement conventionnelles. Pour M. Berger la hernie lombaire se distingue des hernies ventrales, par son siège qui se trouve compris entre la dernière côte et la crête iliaque d'une part, la masse sacro-lombaire et le bord postérieur du muscle grand oblique de l'abdomen.

Il est évident qu'on ne peut assigner, entre la région lombaire, et la région antéro-latérale de l'abdomen siège des hernies dites ventrales, qu'une limite conventionnelle. Du reste les insertions du muscle grand oblique à la crête iliaque peuvent s'étendre plus ou moins loin en arrière suivant les sujets. Ne trouvons-nous pas deux observations de hernies décrites très logiquement comme hernies lombaires (obs. IV et XXV) et qui cependant passaient à

travers le grand oblique. Il vaut donc mieux dans la pratique s'en remettre au jugement des observateurs eux-mêmes.

### 1. Historique

L'histoire de la hernie lombaire a été faite d'une façon aussi complète que consciencieuse, jusqu'à l'année 1869, par le baron Larrey qui à cette époque fit de ses patientes recherches l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine.

Nous reprenons dans notre travail, en les résumant pour la plupart, les observations plusieurs fois publiées déjà par les différents auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question.

Avant 1731 date à laquelle Garengot publia la première observation méritant ce nom, sur la hernie lombaire, quelques rares auteurs, Paul Barbette en 1672, Renaulme de la Garenne en 1726, avaient indiqué la région du flanc située entre les fausses côtes et la crête iliaque, comme pouvant être le siège de véritables hernies; après Garengot on trouve des observations isolées de hernies lombaires<sup>1</sup>, Malgaigne ne fait que mentionner l'existence des hernies lombaires.

J.-L. Petit le premier en 1733 étudia la hernie lombaire, dont il indiqua le trajet et qui porta même son nom par la suite.

Il faut arriver à M. Grynfeldt en 1866 pour trouver le premier travail d'ensemble sur les hernies lombaires.

<sup>1</sup> Voir aux observations.

Outre une étude anatomique soignée de la région, qui lui permet d'émettre des idées nouvelles, sur le trajet suivi par la hernie lombaire, on y trouve rapportées toutes les observations connues jusqu'alors.

Puis c'est en 1869 M. Larrey qui présente à l'Académie de Médecine l'exposé historique de la hernie lombaire et dont nous avons parlé.

Signalons, la même année, la thèse de M. Billetou sur la hernie lombaire.

En 1872, M. le D<sup>r</sup> Rigodin, dans sa thèse sur la hernie lombaire, ajoute deux observations nouvelles.

En 1879, M. H. Braun, chirurgien allemand, publie un article intitulé : *die hernia lombalis*, qui est une analyse des faits observés jusqu'à cette date en France et à l'étranger.

M. Duplay dans son *Traité de pathologie* externe donne une bonne description de la hernie lombaire.

M. le D<sup>r</sup> Romanescu fait, sa thèse, en 1882 sur la hernie lombaire, dont il étudie, surtout les causes, les symptômes et le diagnostic.

Enfin en 1890 Macready étudie spécialement les hernies lombaires spontanées, dont il a pu réunir vingt-cinq cas.

## 2. Anatomie pathologique

La désignation des hernies lombaires peut s'appliquer à toute hernie dont le siège se trouve compris entre la dernière côte et la crête iliaque d'une part, la masse sacro-lombaire et le bord postérieur du muscle grand oblique de l'abdomen de l'autre. Pour J. L. Petit le siège précis de cette sorte de hernies était le triangle bien décrit par

lui et connu du reste sous le nom de triangle de Petit, triangle limité en bas par la crête iliaque, en arrière, par le bord antérieur du muscle grand dorsal, en avant, par le bord postérieur du grand oblique.

L'aire de ce triangle est occupée par le muscle petit oblique et par l'aponévrose postérieure du muscle transverse que la hernie devrait traverser ou refouler devant elle pour se produire. Grynfelt et Lesshaft, dont l'opinion a été récemment soutenue par Bayer, ne croient pas que ce soit là le trajet suivi par le plus grand nombre des hernies lombaires. Ils ont décrit un autre triangle situé bien au dessus du précédent, limité en haut par la pointe de la dernière côte et par le bord du muscle petit dentelé inférieur, en arrière par le bord antérieur du muscle carré des lombes, en avant par le bord postérieur du muscle petit oblique. C'est le triangle lombo-costo-abdominal de Grynfelt.

Le triangle de Grynfelt recouvert par le muscle grand oblique, présenterait ses plus grandes dimensions, lorsque l'insertion du petit oblique à la 12<sup>e</sup> côte ferait défaut. L'aire de ce triangle mise à découvert par l'écartement du grand oblique, n'est constituée que par l'aponévrose postérieure du muscle transverse perforée à ce niveau pour le passage de la branche abdominale de la dernière artère intercostale aortique. Ce serait là pour Grynfelt l'orifice d'issue de la hernie lombaire.

Mais il existe d'autres trajets et orifices de la hernie lombaire. H. Braun signale un cas où l'orifice était creusé entre les insertions tendineuses du grand dorsal à la crête iliaque, immédiatement au dessus de cette dernière. La hernie aurait été consécutive à un abcès qui aurait suivi

et élargi les interstices qui à ce niveau donnent normalement passage à des rameaux des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> paires lombaires.

Quels que soient ces orifices : « ils ne présentent pas, nous dit le D<sup>r</sup> Berger<sup>1</sup> au doigt qui les explore, un contour fibreux net, le plus souvent il n'y a pas d'anneau à proprement parler.

Il est regrettable au point de vue du siège des hernies lombaires, qu'il n'ait pas été plus souvent recherché, précisé et indiqué par les auteurs qui ont eu l'occasion de voir cette sorte de hernie. Sur les 45 observations que nous avons réunies, 25 fois aucun siège précis n'était indiqué. Quant aux orifices de sortie des hernies rapportées dans les autres observations voici comment ils se répartissent :

|                                                                                            |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Triangle de Petit . . . . .                                                                | 9                   |
| Triangle de Grynfeldt. . . . .                                                             | 2                   |
| Anomalie congénitale de la paroi . . . . .                                                 | 3                   |
| Ouverture à travers le muscle grand dorsal. . . . .                                        | 1 (Obs. XXVIII.)    |
| Ouverture à travers les trois muscles grand oblique, petit oblique et transverse . . . . . | 2 (Obs. IV et XXV.) |
| Ouverture constituée par la nécrose d'une portion de la crête iliaque. . . . .             | 1 (Obs. XXIV.)      |
| Echancrure de la crête iliaque d'origine congénitale ou syphilitique . . . . .             | 1 (Obs. XIX.)       |
| Cicatrice de blessure. . . . .                                                             | 1 (Obs. VII.)       |

De la constitution anatomique même de la paroi lombaire, il ressort qu'il existe des points plus faibles et partant plus exposés à être forcés par une hernie spontanée ou traumatique. Mais outre que le triangle de Petit

<sup>1</sup> P. Berger, *Traité de Chirurg.*, t. VI, page 808.

par exemple peut ne pas exister, combien sont variables l'aire occupée par ces points faibles et l'épaisseur de la paroi à leur niveau. Aussi doit-on considérer que, si une bonne partie des hernies lombaires a été observée au niveau des triangles de Petit et de Grynfeldt, il n'en est pas moins certain que la hernie lombaire peut se frayer un passage en tout autre point. On peut même voir, comme c'est le cas de l'observation XXVIII, une hernie lombaire à travers le grand dorsal, le triangle de Petit n'existant pas.

### 3. **Étiologie.**

La hernie lombaire est rarement congénitale. Cependant nous avons réuni 5 observations : elle reconnaît alors pour cause un arrêt de développement de la paroi. Une hernie lombaire peut succéder, surtout chez les enfants, à un abcès par congestion qui lui ouvrirait la voie.

Assez souvent la hernie lombaire est spontanée, elle apparaît sans qu'on puisse en établir la cause exacte. Fréquemment elle succède à un traumatisme, particulièrement à un coup violent porté sur la région lombaire.

Les causes prédisposantes sont l'hérédité, les grossesses répétées, les efforts, la surabondance du tissu adipeux (obs. XLII), l'affaiblissement de la paroi par un traumatisme ancien ayant laissé une cicatrice. Sur les 45 observations rapportées ici, 32 ont une étiologie connue :

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Chute. . . . .                       | 4 |
| Grossesse . . . . .                  | 3 |
| Coup ou choc dans le flanc . . . . . | 6 |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Effort. . . . .                      | 5 |
| Obésité . . . . .                    | 1 |
| Abscès spinaux ou lombaires. . . . . | 3 |
| Cicatrices traumatiques . . . . .    | 3 |
| Cicatrice opératoire . . . . .       | 1 |
| Hérédité. . . . .                    | 1 |

Dans 13 cas la cause n'est pas connue ou n'est pas indiquée.

Le sexe ne paraît pas jouer de rôle, nous trouvons en effet 25 cas pour le sexe masculin et 18 pour le sexe féminin; dans 2 cas le sexe n'est pas indiqué.

Quant à l'âge, c'est chez l'adulte qu'on observe le plus la hernie lombaire.

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Enfants . . . . .            | 8  |
| Adultes . . . . .            | 22 |
| Au-dessus de 50 ans. . . . . | 14 |

La hernie siégeait sur 45 cas : à gauche 20 fois; à droite, 16 fois, 6 fois le côté n'est pas indiqué; dans 2 cas seulement elle était bilatérale.

#### 4. Symptômes et diagnostic.

La hernie lombaire peut se manifester par une tumeur molle généralement sonore, réductible avec gargouillement, et siégeant à la région lombaire; dans ce cas elle est tellement reconnaissable que l'on ne saurait la méconnaître. Mais il n'en est pas toujours ainsi; elle peut être en effet mate, pâteuse, irréductible : c'est dans ces cas que, si l'on n'a pas présente à l'esprit la possibilité d'une hernie en n'importe quel point de la paroi lombaire, on peut

commettre des erreurs de diagnostic, faciles à éviter pourtant, et qui peuvent entraîner de facheuses conséquences.

Sur 45 cas, nous trouvons 3 fois que des hernies lombaires furent prises pour d'autres affections : collection sanguine, abcès, hernie musculaire, etc; dans le cas de Dolbeau (obs. XXXV), une hernie lombaire prise pour un abcès fut même incisée : il n'en résulta heureusement qu'une fistule stercorale qui guérit.

L'important est de songer à la possibilité de la hernie lombaire; on pourra toujours la reconnaître, en se rappelant que l'on peut avoir affaire à une entérocele, à une épiplocèle et aussi à de simples hernies graisseuses. L'entéroclisme pourra éclairer le diagnostic, si le côlon ascendant ou descendant prenait part à la hernie.

Dans certains cas la hernie lombaire se reconnaît aux symptômes fonctionnels qu'elle détermine et que fait cesser la réduction de la tumeur.

La hernie lombaire n'est pas assez observée parce qu'on ne la recherche pas assez. Nous rapportons des observations de hernies lombaires reconnues alors qu'elles avaient débuté peut-être depuis longtemps, et qui dans toute autre région eussent probablement été observées plus tôt.

L'étranglement est une complication rare des hernies lombaires : sur 45 cas on ne l'a noté que 5 fois. Il est permis de croire que la situation de la paroi lombaire en arrière et en haut de la cavité abdominale n'est pas sans influence sur cette rareté de l'étranglement, puisque c'est grâce à cette disposition que si fréquemment les hernies lombaires ne sont que des épiplocèles ou des hernies graisseuses, l'intestin appendu à l'épiploon étant, de par les

lois de la pesanteur entraîné dans les points déclives.

Les hernies lombaires sont généralement réductibles lorsqu'on ne leur a pas laissé prendre un développement par trop considérable comme dans le cas de Tucker (obs. XLV) où tout l'intestin grêle, le cæcum, une partie du côlon ascendant et l'estomac avaient passé dans le sac d'une hernie double, lombaire et inguinale.

Sur 45 cas de hernies lombaires, nous en trouvons :

|                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Réductibles. . . . .                 | 26                          |
| Dont : guéries complètement par      |                             |
| application du bandage . . . .       | 2 (Obs. XIII, XXV.)         |
| Guéries par une cure radicale. . .   | 2 (Obs. XXVI, XLV.)         |
| Incomplètement réductibles. . .      | 3                           |
| Irréductible . . . . .               | 1 (Obs. XXII.)              |
| Etranglées et guérison . . . . .     | 3 (Obs. III, VIII, XXXVII.) |
| Etranglées, opération et guérison. . | 2 (Obs. II, XXXVI.)         |
| Etranglées, opération et mort . . .  | 1 (Obs. XXXI.)              |
| Etranglées et mort . . . . .         | 2 (Obs. I, XX.)             |

## 5. Traitement.

Comme on le voit, les hernies lombaires réductibles sont susceptibles dans certains cas de guérir définitivement par le port d'un bandage approprié. Néanmoins, le vrai traitement auquel on doit s'adresser, c'est la cure radicale qui débarrassera le sujet d'une infirmité parfois très gênante qui, supprimera le bandage non moins gênant et préviendra seule d'une façon certaine l'accroissement de la hernie qui comme dans les cas de Coze et de Tucker (obs. XXXIX et XLV) peut survenir malgré l'application d'un bandage. La cure radicale sera donc pratiquée toutes

les fois que les conditions de santé et d'âge du sujet le permettront. Pour la fermeture de l'orifice le procédé du choix est la suture à étages.

En présence d'accidents d'étranglement d'une hernie lombaire, il ne faut pas prolonger inutilement les manœuvres de taxis. Mieux vaut intervenir le plus tôt possible par la kélotomie pratiquée à ciel ouvert dans une étendue suffisante pour permettre la ligature des artères lombaires ou des branches de l'intercostales inférieures qui pourraient être intéressées.

#### OBSERVATION I

(Garangeot, *Traité des opérations de chirurgie*,  
t. I, page 309, 1731.)

Femme, blanchisseuse, présentant du côté droit, entre crête iliaque et fausses côtes, une hernie de l'intestin grêle, du volume d'une noix, survenue à la suite d'un faux pas. Etranglement et mort.

#### OBSERVATION II

(Ravaton, chirurgien des armées, *Traité des plaies  
par armes à feu*, page 247, 1750.)

Femme, bouchère. Région lombaire gauche, hernie attribuée à la grossesse. Étranglement, débridement qui fit reconnaître une entéro-épiplocèle. Guérison.

#### OBSERVATION III

(J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, 1783.)

Femme présentant une tumeur survenue à la suite d'une grossesse, prise par les uns pour une tumeur venteuse, par d'autres pour un dépôt laiteux. Tumeur siégeant en arrière du flanc gauche

entre fausses côtes et partie postérieure de la crête des îles. Volume de la tête d'un enfant, se réduisant tantôt spontanément, tantôt par la pression des mains. Donna lieu un jour à des symptômes d'étranglement qui s'étaient produits à travers les fibres du transversal, entre le muscle triangulaire et l'endroit où finissent les obliques.

OBSERVATION IV

(Desault, *Journal de Chirurgie*, t. I, 1791.)

Jeune garçon (observé par Plaignaud) tombé d'un quatrième étage sur le pavé, mort peu après. L'autopsie démontra outre une fracture de la base du crâne, une hernie ventrale de la partie externe de la paroi abdominale produite par la déchirure du péritoine et de la portion charnue des muscles grand et petit, oblique et transverse.

OBSERVATION V

(Lassus, *Pathologie chirurgicale*, t. II, 1806.)

Homme frappé au ventre par un timon de voiture. Fièvre, tension et vives douleurs dans la partie latérale droite et inférieure de l'abdomen. Le troisième jour se manifesta une tumeur offrant les apparences d'un abcès. Lassus reconnut les signes d'une hernie réductible.

OBSERVATION VI

(Monro, *Essay on crural hernie*, page 8, 1802.)

Hernie lombaire congénitale double chez un enfant de six mois (pas d'indication de sexe). On trouve les deux reins dans deux tumeurs herniaires, réductibles, du volume d'une tête d'enfant, situées juste au-dessous des fausses côtes. Les reins sortaient par des ouvertures d'une largeur considérable. Faiblesse ou absence congénitale des parois à ce niveau.

OBSERVATION VII

(Richerand, *Monographie chirurgicale*, t. III, 4<sup>e</sup> édit., 1815.)

Blessure faite par un coup de sabre dans l'hypocondre droit, et dont la cicatrice libre de tout appareil contentif, se souleva dix-huit mois plus tard sur une hernie lombaire du volume des deux poings, et facilement réductible.

OBSERVATION VIII

(J. Cloquet, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*, thèse de concours, 1819.)

Homme âgé de soixante quinze ans, à la suite d'un effort violent pour soulever un matelas (10 mars 1812), éprouve une douleur vive dans la région lombaire droite, avec sensation de déchirement; douleur d'abord fixe disparaît à peu près spontanément au bout de six semaines. Mais se manifeste à nouveau deux mois après, pendant un mouvement du malade pour se lever sur son lit, coliques, nausées, vomissements, constipation, tous les signes d'un étranglement herniaire surviennent. Tumeur siégeant entre la dernière côte et la crête de l'os iliaque, et qui présente tous les caractères d'une hernie incomplètement réductible. Augmentant de volume dans station debout, diminuant dans le décubitus, et finalement réduction spontanée par la position du malade sur le ventre. Une dépression remplace la tumeur. Application de ceinture bouclée garnie d'une pelote. Hernie parfaitement réduite, sans que le malade en éprouve dans la suite aucune incommodité.

OBSERVATION IX

(Decaisne, médecin de l'armée belge,  
*Bulletin de la Société de médecine de Gand*, janvier 1839.)

Enfant de six ans, tombé d'une hauteur de 30 pieds. Trois fortes contusions : Tête, poitrine et flanc droit. Une tumeur ins-

tantanément produite dans le flanc gauche, ayant la grosseur d'un œuf de poule, une base large et une consistance assez ferme « siégeait un peu au-dessous de la partie moyenne de l'espace compris entre la dernière côte et la crête des îles, à quatre travers de doigt sur le côté des apophyses épineuses » dans le point délimité par J.-L. Petit. Hernie réductible, réduite dans le décubitus latéral du côté opposé. Appareil contentif maintient hernie réduite. Mort suite d'accidents cérébraux. Autopsie ne put être faite.

#### OBSERVATION X

(Van Hengel, des Pays Bas, *Gazette des hôpitaux*, 1848.)

Femme, à la suite d'une chute éprouva une douleur vive au-dessous des fausses côtes du côté gauche. Traitée pour une pleurésie. Soignée trente-six ans plus tard par Van Hengel, qui constata l'existence d'une tumeur située dans le flanc gauche, et dont l'existence, au dire de la malade, remontait à l'époque de sa prétendue pleurésie. Cette tumeur s'abcéda, et au fond de l'abcès ouvert spontanément, il fut facile de reconnaître une anse intestinale. La guérison se fit heureusement.

#### OBSERVATION XI

(William-Coles, *The Dublin Journal*, mai 1857.)

Petite fille de trois ans. Hernie lombaire congénitale du côté gauche, assez petit volume, facilement réductible.

#### OBSERVATION XII

(Verdier, *Traité pratique des hernies*, 1840.)

Homme. Hernie lombo-abdominale survenue à la suite d'une chute violente sur la région du flanc droit. Tumeur molle pâteuse, élastique, à demi réductible, située entre la dernière fausse côte et le bord supérieur de l'os coxal. Un bandage spécial, muni d'une plaque et d'une ceinture, finit par la maintenir réduite.

OBSERVATION XIII

(Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, 1857.)

Chef de gare reçut dans le flanc gauche le choc violent d'un tampon de wagon. Symptômes primitifs assez graves, suivis de la production d'une tumeur du volume du poing, de forme hémisphérique, d'une consistance molle, dépressible et réductible offrant tous les signes d'une hernie lombaire. Avait donné lieu à des erreurs de diagnostic, telles que collection sanguine, dépôt purulent, hernie musculaire, etc.

Ceinture à boucle, munie d'une pelote, suffit à maintenir la hernie réduite, en faisant cesser tous les accidents, et bien des fois, depuis cette époque, M. Nélaton constata la réduction définitive.

OBSERVATION XIV

(D<sup>r</sup> Chapplain (de Marseille), *Gazette des Hôpitaux*,  
31 août 1861.)

G..., âgé de soixante ans, journalier, a le corps pris entre un mur et le timon d'une charrette. Il ne survient aucun accident immédiat, seulement une douleur persistante se fait sentir dans le flanc droit. Un mois après, le 11 juillet, G... est admis dans le service du D<sup>r</sup> Chapplain, pour une tumeur occupant la partie latérale droite du ventre. Le malade étant couché, on trouve dans le flanc droit, entre la crête iliaque et la dernière fausse côte, un sillon longitudinal de la peau qui est adossée à elle-même par la face épidermique. Là, la main du chirurgien constate sans peine un enfoncement et au-dessus une mobilité anormale de la dernière fausse côte. Quand le malade est debout, à la place du sillon apparaît une tumeur ovalaire à grand diamètre horizontal, mesurant 7 à 8 centimètres à petit diamètre vertical de 5 ou 6 centimètres, elle est fluctuante comme un abcès froid, elle se réduit avec facilité en faisant entendre un gargouillement caractéristique.

OBSERVATION XV

(Marmisse (de Bordeaux), *Gazette des Hôpitaux*, p. 170, 1862.)

Observé, sur le cadavre d'une femme âgée de soixante-deux ans et très obèse, une tumeur dans la région latérale gauche de l'abdomen, entre l'os iliaque et les fausses côtes, ayant acquis le volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur (d'après les renseignements obtenus), datant d'une vingtaine d'années, sans avoir provoqué d'accident, n'avait jamais été réduite. La peau qui la recouvrait, devenue très mince, enveloppait une masse élastique et dépressible, dont la réduction facile et les autres signes caractéristiques ne laissaient aucun doute sur la présence d'une hernie intestinale. Le mécanisme de cette hernie lombaire pouvant s'expliquer par l'accumulation excessive de la graisse dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Le sujet avait succombé aux effets anatomo-pathologiques de l'obésité.

OBSERVATION XVI

(Dr Basset, *Union médicale*, t. II, p. 575, 1864.)

Jeune homme, dix-huit ans, grand, fort et robuste, porteur d'une tumeur de la région postérieure du flanc gauche, qu'il avait vue se développer vers l'âge de sept à huit ans, et qui avait acquis depuis le volume d'une pomme ordinaire. Un médecin consulté avait pris cette tumeur pour un simple lipome et en avait conseillé l'extirpation. Dans le mois de février 1864, ce jeune homme se présenta au Dr Basset pour être opéré de cette tumeur. Le Dr Basset allait inciser les téguments, quand le souvenir du fait de J.-L. Petit lui vint à l'esprit. Examinant alors plus attentivement la tumeur, il acquit bientôt la conviction qu'il avait affaire à une véritable hernie siégeant à la partie postérieure du flanc gauche, elle avait une forme ovoïde, était indolente, molle, élastique et sans fluctuation, avec toutes les apparences d'un lipome, mais elle devenait plus saillante par les efforts de toux, et la main appliquée à sa surface

percevait un mouvement d'expansion marquée. La réduction facile par le taxis ne laissait plus de doute sur l'existence d'une hernie lombaire.

Comme antécédent, on notait que le jeune homme appartenait à une famille de hernieux. Le Dr Basset prescrivit au malade l'usage d'une ceinture de gymnastique.

#### OBSERVATION XVII

(M. Grynfeldt, *Montpellier médical*, t. XVI, p. 330, 1866.)

Dufayet (Benjamin), soixante-dix ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, dans le service de M. le professeur Bouisson, le 12 novembre 1865, pour une contusion étendue, mais peu profonde des deux membres inférieurs. D'une constitution affaiblie, cet homme est affecté d'un tremblement de tout le corps, attribuable à l'abus des boissons alcooliques. Respiration difficile, dyspnée symptomatique d'emphysème pulmonaire, avec catarrhe bronchique. La lésion accidentelle qui amène cet homme à l'hôpital résulte d'une chute occasionnée par une petite charrette dont une roue lui a passé sur les cuisses, occasionnant à ce niveau des contusions avec ecchymoses assez étendues.

Dufayet est depuis quelques jours à l'hôpital, lorsqu'on découvre dans la partie postérieure du flanc gauche une tumeur arrondie sessile du volume du poing, indolente même à la pression, molle, fluctuante, sonore à la percussion, facilement réductible, avec ou sans gargouillement. Quand elle est réduite, la main exploratrice trouve à sa place un enfoncement très marqué et pénètre pour ainsi dire dans l'abdomen par une ouverture de 5 ou 6 centimètres de diamètre. Par la station debout, l'effort ou la toux, la tumeur augmente de volume et fait percevoir à la main appliquée dessus une impulsion très nette ; le doute ne peut exister. Il s'agit d'une hernie lombaire.

Cette hernie, qui date de trois ans, s'est manifestée quelques mois après un violent coup de poing asséné dans le flanc gauche et qui avait tenu le malade douze jours au lit.

Dufayet, qui a longtemps exercé sa profession de cordonnier,

était réduit depuis 1856, époque à laquelle il fit sur le bras droit une chute qui lui laissa ce membre impotent, au métier de marchand ambulant, de chanteur comique dans les cafés. Mais cet accident, bien antérieur à son coup de poing reçu dans le flanc gauche, ne paraît avoir avec la hernie aucune relation de cause à effet. Le coup de poing, au contraire, peut être considéré comme la cause déterminante de la sortie de l'intestin, en produisant un affaiblissement des parois de la région que celles-ci n'ont pu résister dans la suite à la pression excentrique des viscères abdominaux. Jamais la hernie n'a provoqué de douleurs ni d'incommodités si ce n'est quelques coliques légères et de courte durée occasionnées probablement par de la constipation. Dufayet reconnaît ne pas se trouver aussi bien depuis qu'il a cessé l'usage du brayer que lui avait prescrit M. Réveil, de Nîmes, et sous l'influence duquel la tumeur, alors moins volumineuse qu'aujourd'hui, avait sensiblement diminué de grosseur.

Le professeur Bouisson fait construire pour ce malade un bandage particulier, des mieux appropriés à ce cas clinique, et qui maintient très bien la hernie réduite.

Muni de ce bandage, Dufayet sort de l'hôpital le 4 décembre 1865, complètement guéri de ces contusions.

#### OBSERVATION XVIII

(Sistach, *Recueil des Mémoires de médecine militaire*,  
t. XIX de la 3<sup>e</sup> série, 1867.)

Ouvrier mineur, de l'armée d'Afrique, quarante-six ans, est renversé le 13 mai 1866 par l'éboulement d'un monceau de terre schisteuse, tombé sur lui d'une hauteur de 6 à 7 mètres. Il en a tout le côté gauche couvert, depuis le cou jusqu'aux pieds, et demeure comme enseveli sous cette masse, dont il est retiré quelques minutes après. Une vaste contusion et quelques excoriations ou plaies superficielles se montrent sur toute l'étendue du côté correspondant de la poitrine et de l'abdomen, avec un vaste épanchement sanguin dans la région du flanc. Le blessé reçoit les soins nécessaires à l'hôpital civil où il est transporté, mais à

l'épanchement de sang succède un foyer purulent dont l'ouverture ne se cicatrise que deux mois après la sortie de l'hôpital. C'est alors que se manifeste au même niveau une tumeur du volume du poing, saillante, dans la station debout et dépressible ou spontanément réductible dans le décubitus horizontal. Le médecin consulté prescrit l'application d'une ceinture qui maintient la tumeur réduite et permet à l'ouvrier mineur de reprendre son travail.

Examiné depuis par le Dr Sistach à l'hôpital militaire de Constantine, où l'ouvrier est rentré pour douleurs rhumatismales.

Le diagnostic de hernie lombaire est clairement établi, confirmé entièrement par la réduction facile de la tumeur et son maintien à l'aide d'un bandage circulaire qui prévient tout accident.

#### OBSERVATION XIX

(Hardy, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXXIV, p. 124 et 156, 10 février 1869).

Jeanne B..., trente ans, modiste, entre le 14 janvier 1869 à l'hôpital Saint-Louis, pour une paraplégie syphilitique incomplète, dont la cause est attribuée à une compression partielle de la moelle par une exostose.

D'une assez bonne constitution, cette malade a toujours été bien portante jusqu'à ce qu'elle eut contracté la syphilis. Elle a eu un enfant à dix-huit ans. Ses parents n'avaient pas de hernie.

Quelques temps après son entrée à l'hôpital, elle fit de violents efforts pour vaincre une constipation opiniâtre qui se rattachait à la paraplégie et c'est alors seulement qu'elle éprouva instantanément une douleur dans le flanc gauche avec sensation de craquement, et qu'en y portant la main elle y trouva une tumeur.

Cette tumeur de 8 centimètres de diamètre siège au-dessus de la crête iliaque, dans la région lombaire à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle est sous-cutanée, à large base, hémisphérique, à peu près de la grosseur du poing ; elle est molle, indolente, sans fluctuation, très sonore à la percussion, dépressible sous la main, facilement et complètement réductible, avec un bruit de gargouillement caractéristique, reparaissant par

la toux ou un effort quelconque, même dans le repos au lit. Après réduction on constate un intervalle triangulaire dont la base, en forme de gouttière est formée par le bord échancré en cet endroit de l'os iliaque, les deux autres côtés par deux bords rigides et épais, surtout le postérieur.

La malade se plaint seulement de quelques coliques. Elle ne présente pas d'autre hernie cependant on constate le même intervalle triangulaire dans la région correspondante du côté droit.

Une particularité remarquable fixe l'attention, c'est l'échancrure manifeste, palpable du rebord de la crête iliaque du côté gauche où existe la hernie.

C'est sans doute, suivant l'opinion de M. Huguier, cette échancrure iliaque, soit congénitale, soit syphilitique qui a favorisé la production de la hernie. M. Huguier, à ce propos, conteste la justesse du terme admis de hernie lombaire et propose de lui substituer celui de hernie sus-iliaque.

#### OBSERVATION XX

*Hernie lombaire au niveau de la cicatrice d'un ancien abcès.* — Observée par Duplay, (publiée par Rigodin, thèse de Paris, 1872).

Femme soixante-huit ans, entre le 22 mars 1872 à l'hôpital de la Pitié. Cette femme avait eu à l'âge de huit ans, consécutivement à un violent coup de pied reçu dans la région lombaire gauche, un abcès qui s'ouvrit et resta près de six mois fistuleux. A trente ans elle se maria et eut cinq enfants. On ne constate aucune tumeur. Ce n'est qu'en 1870, pendant le siège, qu'elle devint veuve, souffrit toutes sortes de privations et eut une bronchite qui la tint plusieurs mois au lit. Cinq semaines après le début de la bronchite, la malade remarqua la présence d'une tumeur dans la région lombaire gauche. On constate cette tumeur qui est située en dedans de la cicatrice ancienne, elle mesure 14 centimètres et demi de diamètre vertical, et 13 centimètres de large.

Lisse, élastique, sonore à la percussion, cette tumeur est réduc-

tible sous la moindre pression et fait entendre, en se réduisant, un bruit de gargouillement. La réduction s'opère, du reste, spontanément dans le décubitus, sur le ventre, on constate qu'il ne reste aucun sac, aucun appendice graisseux. Que les doigts arrivent directement au-dessus de la crête iliaque et qu'il existe au-dessus du bord supérieur de cet os une dépression profonde dans laquelle s'enfonce l'extrémité des doigts. On peut également sentir avec facilité le bord inférieur de la dernière côte limitant en haut cette dépression. La tumeur se reproduit sous l'influence du plus léger mouvement.

La malade n'éprouve aucun trouble du côté des fonctions digestives, mais seulement de la sensibilité et de la gêne en rapport avec le volume de la tumeur.

Un bandage approprié maintient la hernie. Elle serait morte une quinzaine de jours plus tard, après avoir été prise, d'après les renseignements fournis par une voisine, de malaises et de vomissements alimentaires.

En raison des dimensions énormes de l'orifice de sortie, M. Duplay ne pensa pas que la mort devait être attribuée à un étranglement de la hernie.

#### OBSERVATION XXI

*Hernie lombaire* recueillie par M. Rigodin, dans le service de M. le professeur Broca, à l'hôpital des cliniques (thèse de Paris, 1872).

Breton, âgé de soixante-dix ans, imprimeur en taille-douce, porteur de deux hernies inguinales, fait une chute le 2 juin 1872, en descendant un escalier et la région lombaire gauche porta sur l'angle d'une marche. Pas de trace de contusion, mais douleur vive qui empêche le malade de marcher. Le lendemain il constate une petite tumeur à l'endroit qui avait porté dans la chute.

Examiné le 9 juin, dans le service de M. Broca, le malade présente au niveau de la région lombaire gauche une petite tumeur ovoïde du volume de la moitié d'un œuf de poule et à grand diamètre transversal.

Cette tumeur siège à 4 centimètres et demi des apophyses épineuses, à peu près au milieu de l'espace iléo-costal qui mesure ici 8 centimètres, mais plus près des côtes au niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire, à 14 centimètres et demi de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le grand diamètre de la tumeur est de 7 centimètres, le petit de 4.

La tumeur est mate à la percussion, nulle, élastique au toucher, faisaillie par l'effort, ne se réduit qu'incomplètement par la pression. La tumeur n'est pas douloureuse à la pression, peu de troubles intestinaux.

Quand on soulève le bras gauche du malade, le grand diamètre de la tumeur cesse d'être transversal, son bord extrême se relève, ce qui fait penser que la tumeur est engagée à travers les fibres du grand dorsal, qui auraient été déchirées dans la chute. Ce qui paraît d'autant plus admissible que le grand dorsal est peu développé, comme tout le système musculaire de cet homme.

Si on enfonçait une aiguille au niveau du maximum de saillie de la tumeur, elle perforerait le grand dorsal à 8 centimètres en dehors des apophyses épineuses, c'est-à-dire à 4 ou 5 centimètres de son bord externe et pénétrerait entre le bord postérieur des deux obliques en dehors et le bord antérieur du carré des lombes en dedans, c'est-à-dire dans un espace triangulaire où le péritoine n'est séparé du grand dorsal que par le muscle transverse.

Grâce à une ceinture en cuir ordinaire bouclée, la hernie fut maintenue, et le malade, sorti de l'hôpital le 18 juin et revu le 14 juillet, a pu reprendre son travail à peu près comme autrefois.

#### OBSERVATION XXII

(Macready, *The Lancet*, 8 novembre, 1890.)

H..., cinquante-quatre ans, présentant, du côté gauche, une hernie de la grosseur d'un marron d'Inde, sortant par le triangle de Petit. Irréductible. Guérison. (Observé par Macready en 1884.)

OBSERVATION XXIII

(Macready, *The Lancet*, 8 novembre 1890.)

H..., trente ans, porteur, du côté droit, d'une hernie de la grosseur d'une tête d'enfant, au niveau du triangle de Petit. Hernie survenue « après une longue journée de travail » réduite incomplètement. Mort.

OBSERVATION XXIV

(Mastin, *Annales of surgery*, July 1890.)

Garçon six ans, hernie à gauche entre crête iliaque et dernière côte». Grosseur 9 pouces à 9 pouces et demi. Réductible. Mort. Hernie due apparemment à une absence congénitale des muscles entre la dernière côte et la crête iliaque.

OBSERVATION XXV

(Macready, *The Lancet*, 8 novembre 1890.)

Garçon de seize ans, observé par Macready en 1882, portant du côté droit une hernie, grosse comme la moitié d'une orange, située « immédiatement au-dessous et en avant de la douzième côte. Cette hernie réductible est maintenue par un bandage spécial. Deux ans après, en 1884, la guérison est complète. Le sujet est revu six ans plus tard, en 1890. On ne trouvait même plus le trajet de la hernie, mais on notait que les insertions de l'oblique à la douzième côte semblaient manquer sur une longueur de 1 pouce à 1 pouce et demi, et que la région présentait un contraste remarquable avec celle correspondante du côté gauche. Cette hernie congénitale avait été observée dès la naissance du sujet, puis avait disparu pour reparaitre lorsque le jeune homme commença son apprentissage de ferblantier.

OBSERVATION XXVI

(M. Edmond Owen, *Brit. med. journal*, mai 1888.)

Fillette, six ans. Hernie du côté droit, du volume d'une petite orange, développée à la région lombaire, à la suite d'un abcès. Hernie contenant le côlon. Guérie à la suite d'opération de cure radicale, dans laquelle le sac fut rentré sans avoir été ouvert, les muscles suturés.

OBSERVATION XXVII

(Campbell, *New-York med. Journ.*, 1874.)

Garçon quatre ans. Hernie lombaire à la suite de la guérison d'un abcès spinal. Hernie du volume d'un œuf d'oie facilement réductible.

OBSERVATION XXVIII

(D<sup>e</sup> H. Braun, *Langenbecks Archiv.*)

H..., trente-trois ans, avait souffert de carie spinale et d'un double abcès lombaire. La hernie apparaît à la suite de la fermeture de l'abcès gauche. A l'autopsie, l'ouverture fut trouvée à travers le grand dorsal, le triangle de Petit n'existait pas.

OBSERVATION XXXIX

(D<sup>r</sup> H. Braun, *Langenbeck's Archiv.*)

H..., vingt-quatre ans, présentait du côté droit une hernie sortant par une ouverture formée par la nécrose d'une portion de la crête iliaque. Aisément réduite, contenait le côlon ascendant.

OBSERVATION XXX

(Hutchinson, *The British med. Journ.*, p. 72 July 1889.)

H..., soixante-cinq ans, porteur, du côté gauche, d'une hernie

graineuse contenant de l'intestin sortant à la partie la plus supérieure du triangle de Petit. Aisément réduite.

OBSERVATION XXXI

(Hume G.-H , *Brit. med. Journ.*, p. 73, July 1889.)

H..., soixante huit ans, porteur d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant, occupant la région lombaire gauche, entre la crête iliaque et la dernière côte. Présentait depuis deux jours des symptômes d'étranglement, l'opération était urgente; le sujet n'y consentit que le lendemain. Incision du tégument et du grand dorsal de la dernière côte à la crête iliaque. Le sac contenait une petite partie d'intestin presque gangrenée. Résection de la portion gangrenée, soit une longueur de 13 lignes.

Parties réunies par points de suture de Lambert à la soie, intestin rentré, sac attiré au dehors, coupé près du collet après ligature au catgut. Mort vingt-deux heures après l'opération. La hernie avait commencé au niveau du carré des lombes et avait refoulé mais non traversé le grand dorsal. La rupture ne semblait pas s'être faite à travers le triangle de Petit, comme c'est la règle dans les hernies lombaires. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION XXXII

(J. Apperson, publiée par Martin C.-H., in *Annales of Surgery*, July 1890, cas 26.)

F..., soixante-trois ans, portant à la région lombaire droite une hernie de la grosseur d'une tasse à thé. Réductible. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

(J.-W. Curier, publiée par Martin C.-H., in *Annales of Surgery*, July 1890, cas 25.)

F..., soixante-dix ans. Hernie d'une largeur de 10 pouces siégeant à droite entre la crête iliaque et les fausses côtes. Réductible. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Kingdon, publiée par Macready, *The Lancet*, page 964,  
3 novembre 1890.)

H ..., soixante-quatre ans, observé, en 1862. par Kingdon, porteur d'une hernie lombaire du côté gauche au niveau du triangle de Petit, survenue à la suite d'un effort. Réductible.

OBSERVATION XXXV

(Dolbeau, publié par Larrey, *Recherches et Observations sur la Hernie lombaire*, page 24, 1869.)

Femme adulte, présentant une hernie lombaire du volume d'un poing (côté pas indiqué). Hernie incisée. Il se forma une fistule fécale. La malade guérit.

OBSERVATION XXXVI

(Dr Marquez, observation présentée à la Société médicale du Haut-Rhin, séance du 17 octobre 1859; *Gazette médicale de Strasbourg*, page 274, 1859.)

Marianne K..., pensionnaire à l'Asile des vieillards. A la suite d'un effort, présente point de côté, malaises, coliques, nausées, anxiété. On trouve du côté gauche, entre l'os des îles et le rebord des fausses côtes, une tumeur molasse plus grosse que le poing. Par le taxis, l'intestin se réduit. On constate la présence d'un vieux sac épiploïque qui s'était hernié cinq ans auparavant et n'avait produit qu'un malaise de quelques jours. Hernie attribuée à l'influence des grossesses.

OBSERVATION XXXVII

(Triponel, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1869.)

Fille, servante de campagne. Point de côté douloureux avec

coliques et vomissements. Hernie lombaire étranglée du côté droit, put être réduite, mais nouvel étranglement un an après et de nouveau réduction. Récidive depuis fut évitée en portant une ceinture et en évitant les efforts.

OBSERVATION XXXVIII

(Levy, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1869.)

Vieille fille de la campagne portant depuis longtemps dans la région lombaire gauche, au niveau du triangle de Petit, une hernie de la grosseur d'une pomme. Molle, très facilement réductible, jamais eu d'accidents sérieux. Gêne et douleurs attribuées à un vieux lombago.

OBSERVATION XXXIX

(D<sup>r</sup> Coze, professeur, Faculté de médecine de Nancy,  
*Revue médicale de l'Est*, t. I, page 40, 1874.)

Pierre R..., militaire, présentait dans la région lombaire droite une hernie, survenue sans cause connue, de la grosseur de la moitié d'un œuf de poule, à grand axe vertical réductible. Malgré un bandage contentif, augmente, arrive à former tumeur réductible occupant tout l'espace compris entre les fausses cotes et la crête iliaque.

OBSERVATION XL

(D<sup>r</sup> Coze, *Revue médicale de l'Est*, page 409.)

D. Justin, cavalier, entré à l'hôpital militaire de Perpignan, le 29 juillet 1871, porteur d'une petite tumeur de la région lombaire droite, tumeur qui, à son dire, date d'une quinzaine de jours et s'est produite sans cause appréciable, située vers le sommet du triangle de Petit. Cette tumeur oblongue dans le sens vertical mesure 6 centimètres sur 4.

La tumeur qui n'augmente pas pendant l'effort est réductible par le décubitus latéral gauche, mais la réduction ne se maintient pas. Diagnostic est porté de hernie musculaire, appareil contentif. Trois

mois après la tumeur avait augmenté, se réduisait par la pression où l'on sentait le rebord aponévrotique de l'anneau. Il s'agissait d'une hernie lombaire.

OBSERVATION XLI

(Gosselin, *Gazette médicale de Paris*, page 124, 5 mars 1881.)

Homme, cinquante-cinq ans, cocher, a une scoliose droite ayant apparu vers l'âge de quinze ans.

Depuis cinq ou six mois, le malade est tourmenté par un gonflement douloureux situé dans la région lombaire gauche entre crête iliaque et fausses côtes en dehors de la masse sacro-lombaire. De la grosseur d'une petite mandarine, cette tumeur, qui augmente pendant l'effort la toux, se réduit par la compression digitale, le malade étant assis et au repos.

Il s'agit d'un lipome herniaire formé probablement par la sortie de pelotons adipeux de l'atmosphère graisseuse du rein et qui a entraîné un peu de péritoine, dans ce sac vient se loger une certaine quantité d'intestin, donnant lieu aux phénomènes observés.

L'apparition de cette hernie est favorisée par la disposition anatomique du triangle de Petit au niveau duquel la paroi n'est constituée que par une toile musculo-aponévrotique assez mince, par les fibres quelquefois un peu éraillées du carré lombaire unies à l'aponévrose du transverse.

OBSERVATION XLII

(Larrey, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*  
t. XXXIV, page 157, 9 mars 1869.)

M. B..., sous-lieutenant au 3<sup>e</sup> régiment d'infanterie de marine, avait trente ans, en 1851, lorsqu'il fut observé par Larrey. La hernie lombaire qu'il présentait reconnaissait pour cause un coup de feu reçu le 21 juillet 1849, au Sénégal. La balle avait pénétré au niveau de l'épigastre et s'était arrêtée dans les téguments au niveau du bord externe de la région lombaire (d'où elle fut extraite) après avoir traversé l'abdomen dans la cavité ou dans ses parois.

Un an après, en faisant un effort de rein, le malade vit apparaître une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dont la production fut accompagnée de tous les symptômes d'étranglement. A l'examen de M. Larrey, au Val-de-Grâce, en 1851, la tumeur avait une consistance molle, se réduisait facilement et laissait au doigt la sensation d'une ouverture profonde. Au palper, elle ne donne pas tout à fait la consistance pâteuse d'une épiplocèle, et ce n'est pas non plus la consistance élastique d'une poche ou d'une anse intestinale. La percussion donne la matité. M. Larrey conclut à une hernie épiploïque avec adhérence ou pénétration partielle d'une anse intestinale. L'autopsie de cet officier, mort en 1859, fit reconnaître une surabondance extraordinaire de tissu adipeux dans l'épiploon dont une partie formait la hernie lombaire. Quant au trajet de l'ancienne blessure, il paraissait n'avoir existé que dans la paroi hypertrophiée par la graisse.

OBSERVATION XLIII

(P. Berger, 9<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie, Paris, page 328,  
23 octobre 1895.)

Hernie lombaire développée chez une scoliotique et occupant tout l'espace très resserré qui sépare la dernière côte de la crête iliaque.

OBSERVATION XLIV

(*Idem*, P. Berger.)

Double hernie lombaire observée développée chez une petite fille; cette hernie procédait manifestement d'une insuffisance congénitale des muscles de la région lombaire.

OBSERVATION XLV

(Tucker, *American Journal of obstetrics*, janvier-juin,  
page 380, 1893 )

M<sup>me</sup> D..., trente-cinq ans, des États-Unis, femme de ménage,

mariée depuis douze ans, mère de quatre enfants, est observée une première fois en 1891. Sept ans avant, elle fut opérée pour une tumeur des parois abdominales. Peu de temps après sa guérison, elle fut enceinte, et pendant sa grossesse elle remarqua une tumeur dans son côté droit, entre les fausses côtes et la crête iliaque. Elle consulta alors, et on lui appliqua un bandage qui n'amena pas d'amélioration. Après avoir accouché à terme, la tumeur augmenta, elle consulta une deuxième fois; un nouveau bandage appliqué ne fit pas disparaître la tumeur : on fit alors une application de teinture d'iode. Elle se résignait à n'y plus rien faire, mais la tumeur prenant un développement tel que la vie était devenue pour elle un fardeau, elle supplia qu'on la débarrasse, consentant pour cela à tout. Examinée seulement debout, on trouve une masse s'étendant en largeur de l'ombilic à une ligne abaissée du creux axillaire au milieu de la crête iliaque et descendant à trois pouces au-dessus du genou droit. Tumeur bosselée, non fluctuante et molle, pas de tympanisme. Cette tumeur, très mobile sous la peau, pouvait être remontée sur l'abdomen.

Cette femme fut perdue de vue quelque temps, puis elle présenta au dispensaire Nord-Ouest, à M. Tucker, lui réclamant à tout prix une opération. Elle fut envoyée à Sainte-Elisabeth. Ce n'est que la veille de l'opération que la malade fut examinée dans le décubitus dorsal par le Dr Pryor, W. M. et Tucker. Une partie de la tumeur pouvait être réduite et par la percussion on obtenait un tympanisme très net.

Opération le 25 février; *Ethérisation*. — Quelques masses d'épiploon, constituant les bosselures de la tumeur, sont enlevées, l'intestin libéré peut rentrer en partie par l'anneau interne du canal inguinal. On arrive bientôt sur une masse plus large qui est l'estomac et on trouve la tête du côlon. Le tout peut rentrer par une ouverture de 6 à 7 pouces de longueur, allant des fausses côtes à la crête iliaque, et admettant aisément la main entière. Les organes sont remis dans leur situation normale. Pas de tumeur interne ayant pu causer un tel déplacement. Section du sac qui mesure 12 pouces sur 8. Reconstitution d'un fascia au moyen de l'épiploon. Suture à la soie et au fil d'argent. Guérison par pre-

mière intention trois semaines après. Application d'un bandage approprié le long de la ligne d'incision, avec une pelote à l'anneau interne du canal inguinal.

L'intérêt de cette observation est :

- 1° Qu'il y a double hernie lombaire et inguinale ;
- 2° Le contenu du sac : tout l'intestin grêle, le cæcum, une portion du côlon ascendant et l'estomac ;
- 3° Le grand développement de l'estomac, de l'épigastre, jusqu'au dessous de la crête iliaque droite ;
- 4° La grande élongation de l'œsophage, nécessitée par ce déplacement ;
- 5° L'absence complète de tout trouble des organes digestifs, avec un déplacement pareil ;
- 6° La méthode employée pour reconstituer un fascia transversalis et lui donner de la solidité.

C'est un cas unique dans la littérature médicale.

---

### CHAPITRE III

#### **Hernie adombilicale.**

La hernie adombilicale est celle qui s'échappe par un point très voisin de l'ombilic, mais distinct de l'anneau ombilical.

Ainsi comprise, la hernie adombilicale se conçoit tout aussi bien que la hernie épigastrique ou toute autre hernie de la ligne blanche.

On trouve bien dans la littérature chirurgicale les termes de hernies sus-ombilicales et de hernies sous-ombilicales, mais ces expressions sont presque toujours employées pour désigner les hernies se faisant en un point quelconque de la ligne blanche au-dessus ou au-dessous de l'ombilic.

La cause des opinions, si différentes et même parfois opposées, qui ont été émises au sujet de la hernie ombilicale et de la hernie adombilicale réside dans ce fait que, sans un examen attentif et minutieux, il est difficile parfois sur le vivant, en dehors des opérations pratiquées sur la

région ombilicale de reconnaître d'une façon certaine une hernie qui se fait par l'anneau ombilical d'une hernie qui sort par un orifice voisin.

### 1. Historique.

J.-L. Petit <sup>1</sup>, le premier, en 1783, recherchant quel était l'orifice exact de sortie de la hernie ombilicale, et admettant que la cicatrice ombilicale était le point le plus résistant de l'abdomen, conclut de là que la hernie ombilicale de l'adulte se fait toujours à côté de l'anneau : « Sur 100 hernies ombilicales chez l'adulte, dit-il, il n'y en a pas 2 qui se font par l'anneau. »

Pour Richter <sup>2</sup>, la hernie ombilicale sortait soit par l'anneau, soit par les côtés de cet anneau : « Elle se forme ordinairement, dit-il, de la première manière chez les enfants, de la seconde chez les adultes... »

La hernie ombilicale, d'après Scarpa <sup>3</sup>, ne sort pas précisément par l'anneau ombilical, mais bien par les environs de cette ouverture.

Boyer <sup>4</sup> se range à l'avis de J.-L. Petit, et regarde lui aussi comme très rare l'issue par l'anneau.

Mais de toutes ces opinions, parfois très affirmatives, admises du reste pendant toute la première moitié de ce siècle, aucune ne s'appuie sur des preuves tirées de l'anatomopathologie.

<sup>1</sup> J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, t. II, p. 250.

<sup>2</sup> Richter, *Traité des hernies*, t. II, p. 163.

<sup>3</sup> Scarpa, *Traité pratique des hernies*, p. 315, 1812.

<sup>4</sup> Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 301.

C'est Astley Cooper<sup>1</sup> qui le premier attaque l'opinion de J.-L. Petit, et se basant sur de nombreuses dissections, émet l'avis contraire, savoir, que l'anneau est la plupart du temps le point d'issue de la hernie.

Cette opinion est partagée par Velpeau.

Bérard parle de deux sièges des hernies ombilicales, l'anneau ombilical et la ligne blanche.

Vidal de Cassis<sup>2</sup>, s'appuyant sur un fait constaté de hernie ombilicale double, une par l'anneau, l'autre par un orifice voisin, dit qu'il ne faudrait pas exagérer au point d'exclure chez l'adulte la hernie adombilicale.

Une douzaine d'autopsies de femmes mortes à la Salpêtrière auraient toujours montré à Cruveilhier la hernie sortant par l'anneau. Ces faits ont été confirmés à nouveau par Broca et Foucher<sup>3</sup>.

Voici ce que dit Gosselin<sup>4</sup> à ce sujet : « J'appelle péri-ombilicales ou sus-ombilicales, les hernies qui s'échappent à travers une éraillure de la paroi abdominale. Quant à savoir quelle est la plus commune de la hernie ombilicale proprement dite ou de la hernie péri-ombilicale, je ne suis pas en mesure de répondre à ces faits. A l'opinion de Scarpa, qui déclare la hernie ombilicale impossible ou à peu près, on peut opposer celle de MM. Cruveilhier, Desprès, Richet, qui ont montré son existence par des dissections irrécusables. Mais la fréquence relative de l'une ou de l'autre n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune démonstration. »

<sup>1</sup> A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac.

<sup>2</sup> Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*.

<sup>3</sup> Broca et Foucher, Obs., *Bullet. Soc. anat.*, 1852-1854.

<sup>4</sup> Gosselin, *Leçons sur les hernies abdominales*.

La hernie adombilicale est admise aujourd'hui à côté de la hernie ombilicale par tous les auteurs, Gosselin, Gerdy Desprès, Duplay, Marduel.

En résumé, la généralité des auteurs modernes, tout en reconnaissant que la hernie ombilicale qui sort par l'anneau, est la plus fréquente, sont d'accord pour admettre l'existence de la hernie adombilicale.

En 1894, dans sa thèse de doctorat sur les hernies ombilicales de l'adulte et de l'adolescent, thèse inspirée par M. le professeur agrégé Jaboulay, le D<sup>r</sup> Rey, considérant la hernie adombilicale comme une variété de hernie ombilicale, fait remarquer que le diagnostic entre la hernie qui sort par l'anneau et celle qui a lieu par un point voisin de la ligne blanche est assez délicat.

## **2. — Anatomie pathologique.**

La hernie adombilicale siège sur la partie de la ligne blanche qui avoisine l'ombilic, tantôt sur la ligne médiane exactement, tantôt un peu latéralement ou sur les cotés de l'anneau ombilical.

L'orifice qui lui livre passage est constitué par l'agrandissement des espaces, remplis à l'état normal par des pelotons de graisse, que laissent entre eux en s'entre-croisant les faisceaux aponévrotiques qui concourent à former la ligne blanche.

On conçoit aisément que, dans certains cas, la hernie adombilicale, surtout quand elle est d'un petit volume, ne soit qu'une simple hernie graisseuse.

### 3. — **Étiologie et mécanisme.**

Les causes qui prédisposent à la hernie adombilicale sont : 1° L'existence de points faibles de la paroi abdominale au pourtour de l'ombilic ;

2° L'affaiblissement d'une éraillure de la ligne blanche à proximité de l'anneau ombilical affaiblissement dû à une distension de la paroi et tel qu'en produisent la grossesse, l'ascite, l'obésité.

Comme causes directes des hernies adombilicales notons les efforts de vomissements, ainsi que les grands efforts en général, les traumatismes de la région.

La hernie adombilicale se produit chez l'adulte après que l'anneau ombilical est devenu par sa cicatrisation, un point résistant de la ligne blanche.

Cette hernie se développe graduellement, les viscères abdominaux : intestin, épiploon, s'engagent le plus souvent à la suite d'un peloton adipeux, par une éraillure ou un orifice agrandi du voisinage de l'anneau.

Les hernies adombilicales sont pourvues d'un sac, c'est même un fait sur lequel s'appuyait Richter<sup>1</sup> pour établir une distinction entre ces hernies et celles qui se font par l'anneau et auxquelles ils n'accordait pas la présence d'un sac.

### 4. — **Symptômes, diagnostic et traitement.**

La hernie adombilicale présente en général les mêmes caractères que les hernies de la ligne blanche. Aussi son

<sup>1</sup> Richter, *loc. cit.*

diagnostic au début est-il délicat, si on ne la recherche pas avec soin ; elle se développe le plus souvent en effet, graduellement et son faible volume au début est encore quelquefois masqué par la surabondance de l'atmosphère celluloso-adipeuse sous-cutanée.

Le point le plus délicat est sans conteste, de distinguer la hernie adombilicale de celle qui se fait par l'anneau. Si la cicatrice, a-t-on dit est étalée et ne présente pas de plis, la hernie doit généralement sortir par l'anneau. Mais il ne s'ensuit nullement que, ce signe faisant défaut, la hernie soit adombilicale nécessairement. D'après Richter<sup>1</sup> : « L'anneau ombilical est rond, et la hernie qui passe à travers a cette forme. La fente dans la ligne blanche est toujours allongée et la hernie qui passe à travers l'est aussi. Les bords de l'anneau ombilical sont épais, plus fermes que les bords de la fente dans la ligne blanche, et enfin l'on peut, lorsque la hernie n'est pas très volumineuse et ne recouvre pas entièrement l'anneau ombilical, sentir ordinairement cet anneau sur les côtés de la hernie.

Il est important de se rappeler que la hernie adombilicale se développe progressivement en général, alors que la hernie ombilicale congénitale de l'adulte se produit le plus souvent brusquement à la suite d'un effort, d'un mouvement violent.

En résumé, c'est surtout et d'abord en songeant à la possibilité d'une hernie adombilicale, en passant en suite en revue tous les signes, en interrogeant tous les commémoratifs capables d'éclairer sur le point précis par où s'échappe une hernie développée au niveau de l'ombilic que

<sup>1</sup> Richter, *loc. cit.*

l'on arrivera à faire le diagnostic entre la hernie de l'adulte à travers l'anneau, et celle à travers un orifice circumvoisin.

Quant au traitement, la cure radicale seule mettra à l'abri des phénomènes douloureux occasionnés par ces hernies, ainsi que du développement rapide qu'elles peuvent prendre sous l'influence de l'effort, à l'abri aussi des accidents d'étranglement qui peuvent survenir. L'occlusion de l'orifice herniaire sera obtenue soit en comprenant tous les plans anatomiques, peau, tissu cellulaire, aponeévroses dans un certain nombre de points de suture au fil d'argent soit et mieux encore en recourant à la suture à étages de la paroi.

Comme on peut en juger, par les différences qui séparent la hernie adombilicale de la hernie qui se fait à travers l'anneau, il ne convient pas de confondre et de ranger ces deux sortes de hernies sous le nom commun de hernies ombilicales : il ne conviendrait pas davantage d'appeler la première hernie de la ligne blanche ou hernie épigastrique.

M. Paul Berger<sup>1</sup> dans son rapport au Congrès français de chirurgie sur 10.000 cas de hernies, distrait des hernies ombilicales et range avec les hernies épigastriques et celles de la ligne blanche toutes les hernies dont l'orifice est distant de plus de 2 centimètres de la cicatrice ombilicale.

<sup>1</sup> P. Berger, *Neuvième congrès de chirurgie*, p. 318, 23 octobre 1895.

Pour classer d'une façon plus précise la hernie adombilicale, nous conservons la limite assignée à la hernie épigastrique par M. Paul Berger et nous considérons comme hernie adombilicale, toute hernie dont l'orifice distant de moins de 2 centimètres de la cicatrice ombilicale est nettement distinct de l'anneau.

Il est très difficile de réunir les cas de hernies adombilicales, qui auraient pu être observés jusqu'à ce jour ; en effet la plupart de ces hernies, quand elles ont été diagnostiquées ont été rangées avec d'autres catégories de hernies : hernies ombilicales, hernies épigastriques, hernies de la ligne blanche.

Nous devons nous contenter, dans ce travail, de rapporter trois observations intéressantes et assez complètes de hernies adombilicales, et nous pensons que cette variété de hernie étant plus attentivement cherchée, mieux observée, et surtout désignée par son véritable nom, pourra à l'avenir fournir le sujet d'études plus complètes, basées sur de nombreuses observations.

#### OBSERVATION I

(W. Mitchell Banks, Cure radicale de hernie ventrale,  
in *Medical Times*, p. 74, 19 juillet 1884.)

Chez une femme vigoureuse, âgée de trente-cinq ans, il existait immédiatement au-dessus de l'ombilic deux grosses tumeurs ressemblant à des seins allongés, réunis à leur base, augmentant par l'effort, se réduisant partiellement dans le décubitus dorsal.

*Opération.* — Les deux tumeurs sortaient de la cavité abdominale par une ouverture unique, située immédiatement au-dessus de l'anneau ombilical. Il s'était formé des bandes fibreuses qu'avait refoulées le gros intestin et l'épiploon, d'un côté, et l'intestin grêle

de l'autre. Deux sacs séparés avec un collet commun. Suture des bords suivant une direction transversale. Guérison.

OBSERVATION II

(G. Houzel, *Gazette des Hôpitaux*, p. 1240, 22 novembre 1888.)

M<sup>me</sup> veuve D..., épicière, âgée de soixante-huit ans, portait depuis trente ans une volumineuse hernie adombilicale irréductible, dont elle n'avait jamais souffert. A la suite d'une quinte de toux, sa hernie augmente et elle est prise de vomissements. Phénomènes d'étranglement. Laparotomie. Guérison.

Au-dessous et très près de l'ombilie, se trouvait une tumeur longue de 15 centimètres sur 10 de large, avec 5 à 6 centimètres d'épaisseur.

OBSERVATION III

(J.-L. Reverdin, *Revue de chirurgie*, page 1002,  
10 décembre 1886.)

Un jeune homme de dix-sept ans, présentait à 1 centimètre au-dessus de l'ombilie, sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une cerise, tumeur élastique, très douloureuse à la pression et irréductible. Après les repas survenaient des douleurs abdominales avec tiraillement au creux de l'estomac. Diagnostic d'épiphlocèle. Intervention sous-anesthésie, cure radicale. Guérison.

---

## CHAPITRE IV

### **Hernie dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen.**

La hernie que nous envisageons dans ce chapitre est une variété de hernie ventrale. Elle se produit presque exclusivement à la suite de rupture ancienne ou récente d'un des muscles grands droits de l'abdomen, quelquefois aussi comme les autres hernies ventrales, elle peut se faire à la faveur d'une cicatrice consécutive à une plaie. Mais pour ces hernies ventrales cicatricielles il n'y a pas de lieu d'élection, une blessure pouvant atteindre n'importe quel point de la paroi abdominale. Il n'y a donc pas lieu de distinguer des variétés de hernies ventrales à ce point de vue.

Il en est tout autrement des hernies consécutives à une rupture musculaire. On sait en effet que dans les ruptures musculaires par contusion de la paroi abdominale, c'est presque toujours le muscle grand droit qui se rompt; quelques rares auteurs, tels que Plaignaud, Larrey, ont

observé des ruptures des muscles grand et petit obliques. Quant à la rupture spontanée elle s'observe toujours sur le muscle grand droit. On ne trouve qu'un cas de Jarjavay<sup>1</sup> où la rupture semblait porter sur l'aponévrose du grand oblique.

Mais sur quel point du muscle grand droit porte la rupture musculaire? D'après deux autopsies, une de Boyer, une de Larrey et une observation de Richardson<sup>2</sup>, la rupture siègerait toujours sur la partie sous ombilicale, dans la région où la face postérieure du muscle est dépourvue d'aponévrose.

La hernie dans la gaine du muscle grand droit est donc une variété rare de hernie ventrale mais bien distincte des autres.

On sait que dans leur 1/5 inférieur les aponévroses des muscles transverses, grand et petit obliques passent en totalité en avant du muscle grand droit tandis que dans ses 4/5 supérieurs elles fournissent, en arrière de ce muscle, une aponévrose constituée par l'aponévrose du transverse et le feuillet antérieur de celle du petit oblique.

Pour pénétrer dans la gaine du grand droit une hernie doit traverser cette aponévrose postérieure; il faut donc qu'à la suite d'un traumatisme ou d'un effort violent il y ait rupture du muscle accompagnée de déchirure du feuillet postérieur de la gaine. Dans le cas de Duplay dont nous reproduisons l'observation, on constata même l'ouverture du feuillet antérieur de la gaine, mais cette ouverture se serait produite secondairement par l'élargissement de

<sup>1</sup> Jarjavay, *Anat. chir.*, t. II, p. 467.

<sup>2</sup> Richardson, *Gaz. méd. de Paris*, p. 149, 1858.

l'une des éraillures qui existent normalement entre les fibres aponévrotiques.

La hernie dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen reconnaît donc les mêmes causes que la rupture dont elle n'est dans ce cas qu'une conséquence.

Vidal de Cassis<sup>1</sup> parlant du pronostic bénin des ruptures sous-cutanées des muscles grands droits de l'abdomen faisait quelques réserves au point de vue d'une hernie pariétale pouvant se développer par la suite au niveau du point affaibli par la cicatrice.

Le diagnostic de cette variété de hernie est parfois fort délicat. Si une laparocèle un peu grosse est en effet facile à reconnaître aux caractères des hernies, il en est certaines qui étant très petites échappent à tout examen. Ce n'est alors que par les commémoratifs, que si l'on a présente à l'esprit la possibilité d'une hernie consécutivement à une rupture musculaire, l'on saura en reconnaître l'existence qui peut aussi se révéler par des troubles fonctionnels par une douleur fixe s'exagérant par la toux et les efforts pouvant dans certains cas se réduire spontanément dans le décubitus dorsal.

Cette hernie est susceptible d'étranglement, il est donc bon de les reconnaître au début, de façon à prévenir les accidents.

On tentera la réduction que l'on maintiendra par l'application d'une pelote, mais si la hernie est mal contenue, si le sujet est jeune encore, on s'adressera à la cure radicale avec fermeture, par suture à étages, des plans fibreux et des téguments de la paroi.

<sup>1</sup> Vidal de Cassis, *loc. cit.*

OBSERVATION

*Hernie épiploïque dans la gaine du grand droit de l'abdomen (côté droit), simulant un fibrome de la paroi. — (Duplay, Archives générales de médecine, p. 476, avril 1895).*

D... Jeanne, cinquante-neuf ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 février 1895, pour une tumeur de la paroi abdominale antérieure.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux dignes d'être notés. Réglée à 18 ans; à 26 ans, un accouchement normal; à 33 ans, une fausse couche sans conséquences fâcheuses.

Pas de tare organique, ni syphilis, ni tuberculose.

En novembre 1894, la malade fit une chute assez violente sur un terrain plat. Elle ressentit une douleur assez vive et constata une légère ecchymose sur la partielatérale gauche de la paroi abdominale antérieure; symptômes auxquels elle ne prêta d'ailleurs aucune attention.

L'affection qui l'amène à l'hôpital siège dans la région antéro-latérale droite et il ne paraît point y avoir de rapport entre elle et le traumatisme mentionné.

En décembre 1894, la malade constatait par hasard la présence d'une tumeur abdominale, qui depuis n'aurait pas augmenté de volume.

Actuellement, sur la paroi abdominale antéro-latérale droite, à deux travers de doigt de la ligne blanche, à une égale distance au-dessus de la ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures, il existe une tumeur, à peine appréciable par la vue, cachée par un pannicule graisseux fort abondant qui rend la palpation assez difficile.

La tumeur paraît siéger dans la couche musculo-aponévrotique de la région. Son volume est celui d'un œuf de poule, elle paraît régulière à sa surface, sa consistance uniformément dure. On la mobilise facilement dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical.

La malade étant couchée sur le dos et la paroi abdominale tendue, la tumeur perd de sa mobilité, mais ne disparaît pas. Si la paroi abdominale est fortement contractée par un effort, la tumeur devient complètement immobile.

Cette tumeur est absolument indolente, même à la pression. On voit qu'il s'agit d'une tumeur dépendant de l'appareil musculo-aponévrotique du muscle grand droit.

Le diagnostic différentiel fait avec un kyste hydatique un hématome ancien une lésion syphilitique, un sarcome, un lipome. On s'arrête au diagnostic de fibrome.

La malade est opérée le 15 février 1895.

On constate qu'il s'agissait d'une rupture du grand droit et du feuillet postérieur de sa gaine, rupture à travers laquelle l'épiploon avait fait hernie. L'ouverture du feuillet antérieur de l'aponévrose paraît s'être produite secondairement, par élargissement de l'une des éraillures qui existent normalement entre les fibres aponévrotiques.

Réduction de l'épiploon, suture du muscle et de son feuillet aponévrotique postérieur.

## CHAPITRE V

### **Hernie de la ligne semi-lunaire de Spigel.**

Cette variété de hernie a été signalée comme se faisant par un siège bien déterminé par Astley Cooper pour la première fois.

Mais c'est D. Mollière qui, en 1877, attira de nouveau l'attention sur cette sorte de hernie qu'il désigna par le nom de hernie de la ligne semi-lunaire de Spigel pour bien la différencier des autres hernies ventrales dont elle est une variété et qui comprennent toutes les hernies sortant à travers la paroi antérieure ou les parois latérales de l'abdomen en un point autre que l'ombilic ou les anneaux.

Voici ce que dit Daniel Mollière au sujet des hernies ventrales dans la région abdominale inférieure : « On les rencontre presque toujours dit-il, au niveau du tiers interne d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supé-

<sup>1</sup> A. Cooper, *Œuvres chir.*, p. 355, 1837.

<sup>2</sup> Daniel Mollière, *Congrès des Sciences médicales*, V<sup>e</sup> session. Genève, 1877.

rieure à l'ombilic un peu au-dessous de cette cicatrice. »

Le point précis par où s'échappe donc cette hernie qui est toujours une laparocèle spontanée est situé sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, au niveau de la ligne semi-lunaire de Spigel, et particulièrement à la jonction de l'aponévrose du muscle transverse avec le feuillet postérieur de la gaine de ce muscle.

Suivant A. Cooper, sur la ligne semi-lunaire se trouvent normalement les orifices des vaisseaux passant à travers les fibres du transverse. Ce serait d'après Cooper, par ces orifices qui peuvent parfois être anormaux et trop grands que pourraient s'engager les viscères.

Pour Ferrand, la hernie se produirait au niveau du point où les branches de l'artère épigastrique s'insinuent entre l'aponévrose du transverse et celle du petit oblique pour pénétrer dans la gaine du muscle droit.

Quoi qu'il en soit, on est d'accord pour reconnaître que ces laparocèles spontanées se produisent de préférence sur la ligne semi-lunaire de Spigel, au niveau du point précisé par A. Cooper et D. Mollière. Cette variété de hernie doit donc être définitivement classée et désignée par le nom que lui a donné Mollière et qui la définit très bien.

Les hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel, sont susceptibles d'acquiescer dans certains cas un développement énorme. On a vu ces hernies loger une grande quantité d'épiploon. Le caecum, le côlon peuvent y être contenus. On a vu quelquefois l'intestin grêle passer presque tout entier dans une hernie de la ligne semi-lunaire. C'est le cas du sujet observé par le D<sup>r</sup> Jaboulay.

La hernie est toujours incoercible dans les cas de ce genre, et elle a perdu droit de domicile.

Les laparocèles de la ligne semi-lunaire sont faciles à reconnaître, quand elles sont un peu grosses, mais une pointe de hernie à ce niveau peut ne pas être aperçue si elle n'est soupçonnée et recherchée soigneusement. Il faut donc savoir penser à la possibilité d'une hernie Spiegel pour pouvoir la découvrir au début.

Ces hernies, outre le volume qu'elles peuvent acquérir et qui en fait souvent une infirmité des plus gênantes, peuvent s'étrangler et leur étranglement est généralement grave.

Traitée au début, une hernie de la ligne semi-lunaire peut être contenue par un bandage, une ceinture. Mais plus tard elle l'est difficilement.

Aussi lorsque le sujet est encore jeune, il faut, si la hernie n'est pas très bien maintenue par les bandages, avoir recours à la cure radicale qui supprime une affection qui n'est pas exempte de dangers, et qui constitue une infirmité des plus gênantes.

Chez les vieillards et les gens affaiblis, chez qui une opération est contre-indiquée, on s'opposera au déplacement et à l'accroissement de la hernie par le moyen de ceintures à pelote, ou si la hernie est irréductible, on la contiendra dans une sorte de suspensoir solidement fixé et maintenu en place par une ceinture.

Au cas d'étranglement il faut intervenir sans retard par la kélotomie. On pratiquera la suture à étages pour la fermeture de la plaie. Mais dans ce cas, comme dans celui de cure radicale, il est prudent après la guérison de faire porter au sujet une ceinture munie d'une pelote pour soutenir la cicatrice.

OBSERVATION I

(Gosselin, *Gazette médicale de Paris*, p. 123, 5 mars 1881.)

Femme, vingt-cinq ans, chemisière, avait ressenti quelques jours auparavant pendant un effort de toux, un craquement du côté gauche de la paroi abdominale, suivi aussitôt d'une assez vive douleur. Depuis à chaque effort, elle était obligée de comprimer avec la main un point douloureux situé à l'union des fibres musculaires avec les fibres aponévrotiques du grand oblique en dehors du grand droit, à quelques travers de doigt au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cette tumeur ne se révélait à la vue et au toucher qu'à l'occasion de l'effort. Il s'agissait d'une déchirure de la paroi abdominale, ayant occasionné une variété insolite de hernie, en une hernie ventrale latérale.

OBSERVATION II

(D. Mollière, *Congrès international des sciences médicales*, p. 370, 12 septembre 1877.)

Marie M..., trente-neuf ans, tisseuse. A eu deux accouchements à terme, le premier il y a quinze ans. Il y a trois ans a eu une fausse couche à la suite de laquelle elle aurait eu un phlegmon des parois abdominales, phlegmon qui dura longtemps et s'ouvrit spontanément. La région sous-ombilicale présente en effet plusieurs cicatrices déprimées et adhérent fortement aux parties profondes. Admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juillet 1876.

Vers le 10 juillet, ressentit de vives douleurs dans une tumeur indolente et réductible, qu'elle avait vu se développer depuis sa fausse couche vers la partie inférieure de l'abdomen. Cette tumeur devint irréductible et tendue, puis survinrent des vomissements et des coliques. Le Dr Branche, appelé, diagnostiqua une hernie ventrale étranglée.

A l'examen pratiqué à l'Hôtel Dieu, la malade présente, du côté gauche, au niveau du tiers interne d'une ligne allant de

l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure, une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de poule, douloureuse et rénitente, le Dr Mollière procède séance tenante à la kélotomie de l'inflammation des tissus superficiels paraissant contre-indiquer toute tentative de taxis.

L'incision transversale conduisit sur un premier sac herniaire à parois minces, ne contenant qu'un petit peloton épiploïque et un pincement intestinal du volume d'une noisette. Par le collet on pénétrait dans un deuxième sac bien plus vaste, contenant une anse intestinale violacée, très étroitement étranglée, et environ 10 centimètres d'épiploon. Ce sac avait pour orifice un anneau fibreux anormal, très étroit, situé au niveau du bord externe du muscle droit. Débridement, réduction, oblitération par bourgeonnement de l'épiploon laissé dans la plaie. La malade sort guérie le 19 août. A été revue depuis par le Dr Branche, la guérison ne laissait rien à désirer.

#### OBSERVATION III

(D. Mollière, *Congrès international des sciences médicales*, p. 371, 12 septembre 1877.)

Catherine M..., quarante-cinq ans, entre à l'Hôtel Dieu de Lyon le 23 avril 1877. Elle porte une tumeur abdominale dont elle s'est aperçue pour la première fois il y a un an. A cette époque, sous l'influence d'un fibrome utérin, elle avait souffert d'une hydropisie ascite avec distension énorme de l'abdomen.

S'étant alitée, elle éprouva de vives douleurs au niveau du tiers interne de la ligne demi-circulaire, en même temps qu'une tumeur apparaissait en ce point. Un médocastre ignorant, appelé alors, traversa la tumeur avec une mèche de fil. Il s'écoula une quantité énorme de liquide que la malade évalue à environ 20 litres. La mèche retirée, la cicatrisation fut bientôt complète, mais il subsistait une tumeur qui de temps à autre devenait le siège d'accidents douloureux accompagnés de troubles digestifs.

A l'examen pratiqué à l'Hôtel Dieu, le Dr Mollière put recon-

naître qu'il s'agissait d'une hernie intestinale volumineuse, se réduisant avec gargouillement sans beaucoup de difficulté.

Le sac creusé en quelque sorte, dans le tissu cellulaire très abondant chez cette malade, est peu épais ; il est presque sous-cutané ; son orifice se sent très nettement, quand la hernie a été réduite. Il est arrondi, assez large, quelque peu tranchant vers sa partie supéro-interne. Il est situé immédiatement en dehors du muscle droit, de sorte que la hernie est obliquement appendue sur le côté de ce muscle. Cette hernie, d'un volume considérable, paraît être exclusivement intestinale.

La réduction est parfaitement maintenue grâce à un bandage consistant en une plaque rigide attachée à une ceinture hypogastrique construite sur les indications de D. Mollière.

#### OBSERVATION IV

(Non publiée, communiquée par M. le professeur agrégé Jaboulay.)

Un homme de soixante-dix ans, observé par M. Jaboulay, à l'hôtel-Dieu de Lyon, était porteur d'une hernie ancienne développée au niveau de la ligne semi-lunaire de Spiegel dans le point signalé par Mollière. Cette hernie volumineuse de la grosseur d'une tête d'adulte, était irréductible et pouvait être considérée comme une hernie incoercible ayant perdu tout droit de domicile.

Le sujet ne ressentait aucun malaise de cette hernie qui était une infirmité réelle.

---

## CHAPITRE VI

### **De certaines anomalies de constitution des parois abdominales.**

*donnant lieu à la projection en masse des viscères en certains  
points et pouvant simuler des hernies ou des éventrations.*

A côté de la variété de hernies ventrales dont nous venons de parler, il nous a paru intéressant de rappeler certaines anomalies de constitution de la paroi de l'abdomen ; anomalies consistant dans une absence plus ou moins complète des parois musculaires de l'abdomen, sur une étendue plus ou moins grande.

Ces anomalies paraissent dues à un arrêt de développement d'origine congénitale, qu'il soit intervenu ou non pendant la vie intra-utérine un traumatisme ayant pu jouer un rôle, comme dans le cas du D<sup>r</sup> Chaplin que nous reproduisons ici.

Voici ce que dit à ce sujet Macready : « La faiblesse congénitale des parois abdominales en dehors des lignes semi-lunaires est une anomalie excessivement rare. Le

défaut congénital de la paroi abdominale peut bien résulter dans une certaine mesure d'une vraie hernie, cas de Chaplain. »

Dans certains cas, ces éventrations ne sont pas dues à une absence partielle des parois abdominales, mais bien plutôt à un affaiblissement des muscles de la paroi qui se laissent distendre. Mais dans les observations que nous donnons ici, il s'agit bien de cas d'origine congénitale dans lesquels la paroi musculaire semble soit avoir été absente totalement soit n'avoir été représentée que par une aponévrose.

Avec le Dr Chaplin il est permis de se demander si, comme cela a été avancé par Cruveilhier pour certaines hernies diaphragmatiques congénitales, de se demander si la projection en masse des viscères abdominaux refoulant devant eux une paroi abdominale en voie de développement ne pourrait pas être la cause bien plutôt que la conséquence d'un arrêt dans ce développement.

De nouvelles recherches et observations viendront peut-être un jour éclairer cette question encore confuse.

#### OBSERVATION I

(Dr Chaplin, Macready, In *the Lancet*, 15 novembre 1890.)

La mère du sujet observé étant au cinquième mois de la grossesse montait un escalier derrière un homme ivre, quand celui-ci roula, l'entraîna dans sa chute au bas de l'escalier. L'enfant néanmoins naquit à terme avec une légère anomalie du cœur et un pied équinet et une absence partielle des muscles abdominaux. Actuellement (1890) il a dix-sept ans et travaille chez un imprimeur. Quand l'abdomen est au repos même dans la station debout, on ne voit rien d'anormal. Qu'il fasse un effort quelconque, une tu-

meur apparaît dans chaque flanc : la tumeur du côté droit est plus volumineuse, elle occupe l'espace compris entre l'arc costal et la crête iliaque depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne semi-lunaire du Spiegel. Cette tumeur est molasse et se projette d'1 doigt  $1/2$  à 2 doigts de la paroi abdominale.

La tumeur du côté gauche est circulaire, tandis que celle de droite est ovalaire. La substance musculaire de la paroi abdominale au niveau des tumeurs semble faire défaut à ce point que, lorsque l'on saisit entre les doigts et le pouce la paroi du flanc, on a la sensation que cette paroi est une membrane.

Si l'abdomen est soigneusement examiné pendant le repos, on perçoit sur le pourtour des aires occupées par les tumeurs, des bords épais limitant ces aires et donnant l'impression qu'un ou plusieurs plans de la paroi abdominale manquent à ce niveau. Le segment externe (antérieur) du pourtour de la tumeur du côté droit correspondrait à une ligne verticale abaissée de l'extrémité de la 12<sup>e</sup> côte. Cette ligne marquerait aussi la limite la plus externe (postérieure) de la tumeur du côté droit. Le défaut de paroi s'étend en arrière jusqu'au bord de la masse sacro-lombaire.

#### OBSERVATION II

(Homer Gage, *New-York méd. journ.*, 14 décembre 1889.)

Une tumeur analogue à celle décrite par le Dr Chaplin et apparaissant pendant la toux a été observée sur une jeune fille de dix-sept ans, du côté gauche de la poitrine elle paraissait dépendre d'une absence de cinq côtes.

#### OBSERVATION III

(Monro, *Essay on crural hernie.*)

Deux tumeurs réductibles du volume d'une tête d'enfant existaient chez un enfant de six mois, juste au-dessous des fausses côtes. Les reins qui étaient contenus dans ces tumeurs sortaient de la cavité abdominale par des ouvertures d'une largeur considéra-

ble. Probablement absence ou simplement faiblesse par défaut ou arrêt de développement de la paroi à ce niveau.

#### OBSERVATION IV

(Martin, *Annals of surgery*, July 1890.)

Chez un petit garçon de neuf ans existait du côté gauche entre la crête iliaque et la dernière côte, une tumeur réductible du volume de 9 pouces à 9 pouces  $1/2$  et qui n'était autre qu'une hernie à travers une ouverture de la paroi due très probablement à une absence congénitale des muscles à ce niveau.

#### OBSERVATION V (personnelle.)

Un homme âgé de quatre-vingt-trois ans, observé en mai 1896, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le docteur Jaboulay. Lorsque cet homme est dans la station verticale, c'est à peine si l'on remarque un ventre légèrement globuleux et proéminent. Si nous le faisons placer dans le décubitus dorsal et que nous lui disons de faire un effort pour relever son buste, voici ce que nous remarquons : de chaque côté de ses muscles grands droits de l'abdomen, contractés et tendus, apparaît une tumeur volumineuse, s'étendant en hauteur de l'arcade fémorale à une ligne transversale passant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Chacune de ces tumeurs, de la forme d'un ovoïde allongé, remplit en largeur l'espace compris entre les bords externes des muscles droits, et l'arcade fémorale en dehors et en bas. Au-dessus de la crête iliaque, elle ne dépasse pas en dehors une ligne parallèle à l'axe du corps et passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Ces tumeurs se projettent à 3 centimètres en avant du plan des muscles droits. Dès que le sujet cesse de faire effort, tout rentre dans l'ordre et l'on ne trouve plus sur les côtés des muscles droits qu'une paroi flasque et d'aspect ridé.

Si nous cherchons à pincer cette paroi entre deux doigts, on a la sensation, comme dans le cas du Dr Chaplin (Obs. I), qu'un

ou plusieurs plans de la paroi musculo-aponévrotique font défaut à ce niveau ou tout au moins sont réduits à une mince toile aponévrotique.

Interrogeons-nous ce vieillard sur ses antécédents, il nous raconte qu'il a toujours été bien portant jusqu'à cet âge avancé, où il est entré à l'hôpital pour une affection urinaire. Il nous dit qu'il a toujours vu ainsi que maintenant son ventre, qui ne l'a, du reste, jamais gêné. Il n'a pas été réformé et a fait huit ans de service militaire en Afrique. Il est teinturier de son état, veuf et a eu deux enfants, grands aujourd'hui et dont aucun n'est hernieux.

Nous pensons qu'il s'agit, dans ce cas, d'un défaut ou d'un arrêt de développement de la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen; par conséquent, d'une anomalie congénitale dont l'étiologie exacte nous échappe. Aussi est-ce là un cas fort intéressant et que nous avons tenu à signaler, espérant que d'autres seront observés et publiés, et fournir ainsi matière à une étude plus approfondie de ces sortes d'anomalies.

---

## CONCLUSIONS

---

I. Certaines variétés de hernies, considérées comme rares, au point de vue de leur siège, méritent d'être mieux connues.

II. Les hernies diaphragmatiques peuvent fréquemment passer inaperçues, parce que l'on ne songe peut-être pas assez, dans bien des cas, à l'existence possible de cette sorte de hernie. Il est cependant fort important de ne pas méconnaître la présence d'une hernie diaphragmatique, même lorsque celle-ci a été jusque-là compatible avec la santé du sujet qui en est porteur. Ce dernier est en effet constamment menacé de complications fatales, qu'il lui serait possible de prévenir par l'observance d'un régime.

Jusqu'à ce jour les hernies diaphragmatiques étranglées n'ont presque toujours été que de simples découvertes d'autopsie. En présence de symptômes d'obstruction intes-

tinale, d'étranglement interne, il faut toujours songer à la possibilité d'une hernie diaphragmatique étranglée, et rechercher soigneusement les signes qui permettent de la reconnaître. Elle doit être diagnostiquée de bonne heure car la vie du malade dépend de la promptitude d'une intervention qui, dans ce cas, est la laparotomie, secondée le plus souvent par l'ouverture de la cavité thoracique.

III. La hernie lombaire ne se produit pas seulement à travers le triangle de Petit, ou le triangle de Grynfeltt. Elle peut siéger en tout autre point de la paroi lombaire, affaibli, soit par un vice congénital, soit par un abcès, un traumatisme ancien, ou récent; on a même vu suivre un trajet auquel prenait part une échancrure de la crête iliaque.

Une hernie lombaire doit toujours être reconnue; on ne la confondra jamais avec une tumeur, une hernie musculaire, si l'on songe à la possibilité d'une hernie viscérale dans la région lombaire. On observe rarement l'étranglement dans la hernie lombaire. Le traitement consiste dans le port d'un bandage approprié ou dans l'opération de la cure radicale. En cas d'étranglement, on pratiquera sans retard la kélotomie.

IV. La hernie adombilicale est le plus souvent confondue avec la hernie ombilicale de l'adulte. Il importe de différencier ces deux sortes de hernies, dont les trajets respectifs sont bien différents. Lorsque la hernie adombilicale, qui comme la hernie épigastrique peut déterminer des phénomènes fonctionnels d'une grande intensité, se trouve difficilement contenue par les bandages, lorsque

ceux-ci sont mal tolérés, que la hernie tend à augmenter, enfin lorsqu'elle est irréductible en totalité ou en partie, il est indiqué de recourir à l'opération de la cure radicale, avec fermeture de l'orifice par la suture en masse ou mieux par la suture à étages.

V. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la paroi abdominale antérieure, au niveau des muscles grands droits, il faut songer à la possibilité d'une hernie dans la gaine d'un de ces muscles. Il faut également y songer, en face de symptômes d'obstruction intestinale ou d'étranglement interne.

VI. Parmi les hernies décrites sous les noms de hernies ventrales, laparocèles, latérocèles, il en existe une catégorie, ayant un siège constant et bien déterminé et qu'il convient de classer définitivement et de désigner avec D. Mollière sous le nom de hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel. Ces laparocèles spontanées peuvent avoir un volume parfois considérable, devenir irréductibles. On les a vues dans certains cas perdre droit de domicile. Aussi constituent-elles la plupart du temps une infirmité fort pénible. De plus, elles sont assez exposées à s'étrangler et leur étranglement est grave.

En conséquence, on devra intervenir par l'opération de la cure radicale toutes les fois que chez un sujet, jeune encore, une hernie de ce genre ne pourra être parfaitement maintenue réduite par un bandage.

VII. Enfin certaines anomalies abdominales, appelées généralement éventrations, ne sont ni des hernies dans le

sens propre du mot, ni des éventrations, elles ne sont pas dues, comme les premières, à la sortie des viscères par un orifice de la paroi, ni comme les secondes à une simple distension de la paroi, mais à une absence congénitale partielle des parois musculo-aponévrotiques, à un arrêt de développement de ces parois.

Elles sont compatibles le plus souvent avec une excellente santé et constituent une difformité plutôt qu'une infirmité réelle.

*Vu, bon à imprimer,*  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
PONCET.

*Vu, bon et permis d'imprimer,*  
LE RECTEUR,  
G. COMPAYRÉ

*Vu, bon à imprimer,*  
POUR LE DOYEN,  
L'ASSESEUR,  
LÉPINE.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Garengéot, *Traité des opérations de chirurgie*, t. I., p. 309, 1788.
- J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, 1783.
- Antoine Scarpa, *Traité pratique des hernies*, traduit par Cayol, p. 315, Paris, 1812.
- Jules Cloquet, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies de l'abdomen* (thèse du concours de Paris, 1819).
- Gerdy, Remarques et observations sur les Hernies (*Archiv. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. X, 1836).
- Astley Cooper, *Traité des hernies de l'abdomen, œuvres complètes, traduction de Chassaignac et Richelot*, Paris, 1837.
- J.-F. Malgaigne, *Leçons cliniques des hernies*, recueillies par Gelez, Paris, 1841.
- Cruveilhier, *Traité d'Anat. path. gén.*, t. I, Paris, 1849.
- L. Gosselin, *Leçons sur les hernies abdominales*, recueillies par Labbé, pr 444, Paris, 1865.
- Vidal de Cassis, *Les hernies ombilicales et épigastriques* (thèse de concours, 1848).
- Richter, *Traité des hernies*, t. II. p. 163.
- Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 301.
- Broca et Foucher, Obs., *Bullet. Soc. anat.*, 1852-1854.
- Grynfeldt, *Montpellier médical*, t. XVI., avril et juin 1866.
- Macready, in *The Lancet*, 8 et 15 novembre 1890.
- Mastin, *Annals of Surgery*, July 1890.

- Desprès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*,  
article DIAPHRAGMATIQUE (HERNIE).
- Morin, thèse de Bordeaux, 1887.
- Waldeyer, *Deutsch med. Woch.*, n° 14, 1884.
- Chevalier, 13 décembre, Hernie diaphragmatique congénitale  
(*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886.)
- J.-J. Ferrand, thèse de Paris, 1881.
- A. Neumann, Traitement opératoire des hernies diaphragmatiques  
(*Deutsch. med. Wochensch.*, 16 août 1894).
- Pierre Rey, thèse de Lyon, 1894.
- Daniel Mollière, V<sup>e</sup> Congrès des Sciences médicales, p. 370,  
Genève, 12 septembre 1877.
- Reignier, thèse de Paris, 1879.
- Macroocki, *Beitrag zur Pathologie der Bauchdeckbrüche*,  
Strasbourg, 1879.
- Billetou, *Hernie lombaire* (thèse de Paris, 1889.)
- H. Larrey, *Bull. de l'Académie de médecine*, t. XXXIV,  
p. 135, 1869.
- P. Lesshaft, *Arch. für. Anat. phys. und Wissensch. medicin*,  
p. 264, 1870.
- Rigodin, thèse de Paris, 1872.
- H. Braun, *Arch. für klin. Chirurgie*, t. XXIV, p. 201, 1879.
- Wolff, *Berl. klin. Woch.*, 25 février 1880 et 6 janvier 1890.
- J. Hutchinson, *Brit. med. Journ.*, p. 71, 13 juillet 1889.
- Romanescu, thèse de Paris, 1881.
- Annequin, *Arch. de med. et de pharm. milit.*, t. XXI, p. 33-34,  
Paris, 1893.
- *Dauphiné médical*, p. 73-82, Grenoble, 1892.
- G.-H. Hume, *Brit. med. journ.*, p. 73, juillet 1889.
- Monnier, thèse de Paris, 31 janvier 1889.
- Boussac, thèse de Paris, 1883.
- Blum, Hernies diaphragmatiques traumatiques (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1896).
- Paul Berger, *Neuvième congrès de chirurgie*, p. 318, Paris,  
1895.

# TABLE

---

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                                    | 5   |
| CHAPITRE PREMIER. — Hernies diaphragmatiques . . . .                                      | 9   |
| 1. Historique . . . . .                                                                   | 11  |
| 2. Anatomie et physiologie. . . . .                                                       | 12  |
| 3. Etiologie. . . . .                                                                     | 14  |
| 4. Diagnostic . . . . .                                                                   | 16  |
| 5. Traitement. . . . .                                                                    | 18  |
| CHAPITRE II. — Hernie lombaire. . . . .                                                   | 42  |
| 1. Historique . . . . .                                                                   | 43  |
| 2. Anatomie pathologique . . . . .                                                        | 44  |
| 3. Etiologie . . . . .                                                                    | 47  |
| 4. Symptôme et diagnostic . . . . .                                                       | 48  |
| 5. Traitement. . . . .                                                                    | 50  |
| CHAPITRE III. — Hernie ombilicale . . . . .                                               | 72  |
| 1. Historique . . . . .                                                                   | 73  |
| 2. Anatomie pathologique . . . . .                                                        | 75  |
| 3. Etiologie et mécanisme . . . . .                                                       | 76  |
| 4. Symptôme, diagnostic et traitement . . . . .                                           | 76  |
| CHAPITRE IV. — Hernie dans la gaine du muscle grand droit<br>de l'abdomen . . . . .       | 81  |
| CHAPITRE V. — Hernie de la ligne semi-lunaire de Spigel .                                 | 86  |
| CHAPITRE VI. — De certaines anomalies de constitution des<br>parois abdominales . . . . . | 92  |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                     | 97  |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                   | 101 |





